

Université de Montréal

Impact de l'ajout de préposés aux bénéficiaires sur le travail des infirmières :
rôle du leadership de l'infirmière-chef

par
Célinie Fugulin-Bouchard

11627507

École de relations industrielles
Faculté des arts et sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention
du grade de maîtrise en relations industrielles.

Mai 2005



HD

4815

U54

2005

v.022

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Impact de l'ajout de préposés aux bénéficiaires sur le travail des infirmières :
rôle du leadership de l'infirmière-chef

Présenté par :
Célinie Fugulin-Bouchard

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Marcel Simard
Président-rapporteur

Marie-Thérèse Chicha
Directeur de recherche

Michel Brossard
Membre du jury

Résumé

Ce mémoire de recherche est une étude de cas comparative entre quatre unités de soins d'un centre hospitalier universitaire qui ont connu une même réorganisation du travail : l'ajout de préposés aux bénéficiaires dans les équipes de soins.

Nous avons étudié l'impact de cette réorganisation sur le travail des infirmières, du point de vue de l'évolution des soins non-infirmiers, de la requalification et de la satisfaction au travail, tout en regardant le rôle du leadership de l'infirmière-chef.

Nos résultats démontrent que la réorganisation se passe mieux sur les unités où l'infirmière-chef a un leadership de type transformationnel que sur celles où l'infirmière-chef a un leadership de type transactionnel. L'organisation du travail sur l'unité ainsi que les compétences des préposés sont apparues comme des facteurs importants influençant aussi la réussite du projet.

Mots clés :

Ressources humaines
Infirmière
Infirmière-chef
Réorganisation
Leadership
Requalification
Satisfaction
Préposés aux bénéficiaires

Summary

This research is a qualitative comparative study of four medical units in a university hospital that have experienced the same work reorganization : the adding of unlicensed assistive personnel in their care teams.

We studied the impact of this work reorganization on the nurses, in the point of view of the evolution of the non-nursing tasks, their qualification, and their work satisfaction, onlooking the role of the head nurse leadership.

Our results demonstrate that the reorganization goes better in the units where the head nurse has a transformational type of leadership than in the units where the head nurse has a transactional type of leadership. The organization of the work itself in the units and the skills of the unlicensed assistive personnel have appeared important factors in the success of the project.

Key words :

Human resources
Nurse
Head nurse
Reorganization
Leadership
Satisfaction
Unlicensed assistive personnel

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	11
2	REVUE DE LA LITTÉRATURE	12
2.1	LE CONTEXTE	12
2.1.1	L'ÉVOLUTION RÉCENTE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ	12
2.1.2	LA PÉNURIE D'INFIRMIÈRES	16
2.1.3	LES AJUSTEMENTS DU RÉSEAU FACE À L'ÉVOLUTION ET À LA PÉNURIE	19
2.2	L'AJOUT DE PERSONNEL DE SOUTIEN	21
2.2.1	LES PRINCIPAUX RÉSULTATS	23
2.3	LE RÔLE CRUCIAL DU LEADERSHIP LORS DES CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS	26
2.3.1	DÉFINITION GÉNÉRALE	26
2.3.2	TYPES DE LEADERSHIP TRANSACTIONNEL ET TRANSFORMATIONNEL	27
2.3.3	LE RÔLE DU LEADERSHIP LORS DES CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS	33
3	LE CADRE D'ANALYSE	35
3.1	LA PROBLÉMATIQUE	35
3.2	LE MODÈLE CONCEPTUEL	38
3.3	LES HYPOTHÈSES	40
4	LE CADRE OPÉRATOIRE	43
4.1	LE MODÈLE OPÉRATOIRE	43
4.2	LE TERRAIN D'ÉTUDE	46
4.3	LA MÉTHODOLOGIE	47
4.3.1	L'ÉCHANTILLON	47
4.3.2	LES OUTILS DE CUEILLETTE DES DONNÉES	51
5	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION	55
5.1	L'ÉVOLUTION DES SOINS NON INFIRMIERS	55
5.1.1	PORTRAIT DES TÂCHES EFFECTUÉES PAR LES PRÉPOSÉS	56
5.1.2	LA QUALITÉ DU TRAVAIL DES PAB	57
5.1.3	LE TRANSFERT DES TÂCHES NON-NURSING	60
5.1.4	LA RÉCUPÉRATION DE TEMPS	63
5.2	LA REQUALIFICATION	67
5.3	LA SATISFACTION AU TRAVAIL	73
5.4	LE LEADERSHIP	77

6 CONCLUSION	98
---------------------	-----------

7 BIBLIOGRAPHIE	104
------------------------	------------

ANNEXE 1	109
-----------------	------------

ANNEXE 2	113
-----------------	------------

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Huit rôles du modèle de Quinn (1988), tiré de Pellerin (1998)----- 31

Tableau 2: Modèle opératoire de la variable dépendante----- 44

LISTE DES FIGURES

<u>Figure 1 : Modèle conceptuel</u>	38
-------------------------------------	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

PAB : préposé aux bénéficiaires

DRH : Direction des ressources humaines

DSI : Direction des soins infirmiers

Inf : infirmière

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de recherche, Marie-Thérèse Chicha, pour tout le temps qu'elle m'a accordé ainsi que les discussions enrichissantes que nous avons eues.

Je remercie également tous les répondants, qui ont fait preuve d'une grande générosité en me permettant de les rencontrer individuellement sur leur temps de travail ou sur leur temps personnel. Afin de maintenir la confidentialité de la démarche, il m'est par contre impossible de remercier personnellement plusieurs intervenants qui le mériteraient.

Finalement je remercie mes parents, André Bouchard et Cécile Fugulin, pour leurs précieux et constants encouragements.

1 INTRODUCTION

Le réseau de la santé québécois connaît actuellement des moments difficiles, avec, d'une part, des limites budgétaires et des changements sociaux, et, d'autre part, une pénurie de main d'œuvre importante.

La réorganisation du travail semble être une des solutions privilégiées afin d'améliorer la situation de façon durable. Parmi les changements effectués, on retrouve une modification de la composition de la main-d'œuvre dans les unités de soins, notamment l'ajout de personnel de soutien dans le but d'alléger le travail des infirmières en leur enlevant les tâches qu'elles effectuent et qui ne nécessitent pas leur expertise, ceci afin de pallier à la pénurie de main-d'œuvre importante dans cette catégorie de personnel soignant.

Cette recherche est une étude de cas qui vise à explorer le rôle du leadership de l'infirmière-chef lors d'une réorganisation du travail des infirmières.

Cette étude est pertinente car elle se penche sur une des solutions qui pourrait être utilisée à long terme dans les hôpitaux québécois afin de remédier à la pénurie d'infirmières ; il est donc primordial de faire un suivi sur les changements et d'évaluer les résultats à chaque étape.

2 REVUE DE LA LITTÉRATURE

2.1 Le contexte

Le réseau de la santé québécois connaît actuellement une période de transition importante influencée, d'une part, par des contraintes budgétaires imposantes et plusieurs changements sociaux, et, d'autre part, par une importante pénurie de main-d'œuvre.

2.1.1 L'évolution récente du réseau de la santé

Le système de santé québécois est un système public qui repose sur le principe selon lequel toute personne peut avoir accès à des services hospitaliers et médicaux sans discrimination en raison de ses moyens financiers (Commission Clair, 2000). C'est un système d'assurance-maladie universel.

Les gouvernements provinciaux et fédéraux financent donc la majorité des services de santé et des services sociaux. C'est la dépense la plus importante du gouvernement provincial : en l'an 2000 elle prenait 39,8 % du budget, dont 80 % était consacré à la rémunération de la main-d'œuvre (Commission Clair, 2000).

Les dépenses en santé ne cessent de croître depuis les années 1960, dépassant constamment la croissance économique (Commission Clair, 2000 et Rapport Romanow, 2002) ce qui crée un problème pour les gouvernements qui doivent continuellement augmenter les parts de cette dépense dans leur budget pour garder le même niveau de soins.

Dans les prochaines années, en plus de ces contraintes économiques, les services de santé seront confrontés à trois transitions importantes des points de vue sociodémographique, épidémiologique et technologique qui influenceront les soins requis et leurs coûts (Commission Clair, 2000).

Du point de vue sociodémographique, on fait face à un vieillissement de la population :

« de 1996 à 2001, on prévoit que le nombre de 0-14 ans diminuera de 20 %, celui des 15-64 ans ne bougera pas, tandis que les 65 ans et plus croîtront de 92 %. » « L'analyse des profils de consommation actuels des 65-74 ans et des 75-84 ans démontre une sur-représentation de ces groupes pour les taux de journées d'hospitalisation en soins physiques de courte durée » (Commission Clair, 2000 ; 12).

Le vieillissement demandera un ajustement des programmes de santé face aux besoins qui seront différents (*Rapport Romanow*, 2002). De plus,

« pour un même niveau de services qu'actuellement par groupe d'âge et par sexe, la population du Québec en 2015 aura besoin d'un volume de services médicaux de 15 % plus élevé qu'en l'an 2000, soit une augmentation annuelle de 0,94 % » (*Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière*, 2001 ; 33).

On fait aussi face à une transition épidémiologique.

« D'une situation marquée par la forte prépondérance des maladies infectieuses jusqu'au milieu des années 1940, le Québec est passé à une période où les maladies vasculaires, les traumatismes et les maladies respiratoires constituent les grands fléaux, avec le cancer qui prend graduellement de l'importance et le sida apparu au milieu des années 1980 » (Commission Clair, 2000 ; 13).

Cette transition épidémiologique devrait se poursuivre au moins jusqu'en 2020, ce qui aura aussi un impact sur les soins de santé.

L'émergence de nouvelles technologies toujours plus coûteuses, entre aussi en jeu. Malgré le fait qu'elle représente un fort potentiel de bénéfices pour la santé de la population,

« l'explosion technologique risque de compromettre la capacité de l'État d'en financer les coûts. L'effet conjugué de l'évolution des besoins et de la croissance des possibilités diagnostiques et thérapeutiques a d'ailleurs déjà des impacts sur la santé financière du système de santé et des services sociaux » (Commission Clair, 2000 ; 16).

Les soins de santé coûtent et coûteront donc plus cher avec l'évolution de la société et des technologies.

Parallèlement à l'augmentation des coûts de santé, on a réduit les dépenses en santé dans les années 1990, dans le but de réduire les déficits des gouvernements provinciaux et fédéraux (Rapport Romanow, 2002). Ces compressions budgétaires ont amené le gouvernement du Québec, dans les

années 1990, à orienter le réseau de la santé dans un virage ambulatoire important visant la réduction des coûts et à optimiser l'utilisation des ressources (Lapointe *et al.*, 2000 ; Bourbonnais *et al.*, 1999). Cette nouvelle avenue ayant comme objectif de « réduire l'importance de l'hôpital de courte durée, la composante la plus dispendieuse du système, et d'en réserver l'utilisation aux soins spécialisés et hyperspécialisés » (Lapointe *et al.*, 2000 ; 166). On oriente donc de plus en plus les soins vers la médecine et la chirurgie d'un jour.

Le virage ambulatoire a amené plusieurs changements importants : fermetures, fusions, changements de mission, mandats élargis, départs à la retraite etc. (Lapointe *et al.*, 2000, Bourbonnais *et al.*, 1999). Cela a eu des conséquences importantes sur le travail des infirmières : changements d'établissements, redistribution de postes de travail, etc.

« Plusieurs ont abandonné une expertise pour un nouveau secteur de soins sans nécessairement avoir d'abord acquis toutes les compétences nécessaires, et la plupart ont vécu la perte de collègues, le changement de leur supérieure immédiate ou l'accueil de nouvelles collègues » (Bourbonnais et al., 1999 ; 137).

Alors que les patients restent à l'hôpital pour une durée de temps plus courte, l'intensité des soins est à la hausse, ce qui fait augmenter les demandes en soins infirmiers en quantité, mais aussi en diversité (Krapohl et Larson, 1996).

En partie à cause des compressions budgétaires, on a été témoin de « nombreux départs assistés sans tenir compte du maintien des expertises dans les unités et départements » (Lapointe *et al.*, 2000), amenant pour ceux qui restent une charge de travail plus lourde (Bourbonnais *et al.*, 1999).

2.1.2 La pénurie d'infirmières

À ces changements majeurs s'ajoute une pénurie importante de personnel médical dans plusieurs catégories d'emplois (infirmières, médecins, etc.). Ici, nous allons nous pencher plus particulièrement sur la pénurie d'infirmières, en lien avec notre sujet de recherche.

Le *Forum national sur la planification de la main d'œuvre infirmière* publiait, en 2001, un rapport faisant état de la situation québécoise.

« Le groupe de travail a reconnu l'existence d'une pénurie et a estimé celle-ci à 1500 [infirmières,] à défaut de former environ 1000 infirmières de plus à chaque année, on projette en 2015 une pénurie d'environ 17 500 infirmières par rapport aux besoins » (Forum, 2001 ; 7).

En 1999, les infirmières constituaient 25 % de l'effectif du réseau de la santé, au nombre de 59 546 : 40 % occupaient un poste à temps complet, 32 % à temps partiel et 28 % avaient un statut d'employé occasionnel (Forum, 2001 ; 20).

En plus de la pénurie déjà existante, on anticipe le départ à la retraite des infirmières *baby-boomer* (Desrosiers, 2000 ; 7).

« Le nombre de départs, qui était de près de 1200 en 1999, augmentera progressivement jusqu'à près de 2 000 en 2006. À compter de 2007, au moins 2 000 personnes quitteront leur emploi chaque année jusqu'en 2015 ; la situation culminera en 2009 et 2010, où le nombre de départs pourrait atteindre 2 400 » (Forum, 2001 ; 31).

Il est important de considérer qu'au-delà de la pénurie d'infirmières en nombre, les départs massifs ont aussi causé une pénurie de compétences spécialisées, surtout dans les domaines de pointe où il faut des années pour consolider semblables compétences (*Commission Clair*, 2000 ; Desrosiers, 2000).

Deux facteurs principaux sont généralement reconnus comme étant aux fondements de cette pénurie :

- Le programme de départs volontaires à la retraite instauré en 1997, qui a permis à 4 200 infirmières de prendre simultanément leur retraite, causant du même coup une pénurie et une perte d'expertise importante (Forum, 2001 ; 18). L'attrition normale aurait été d'environ un millier d'infirmières par année ; il s'agit donc d'un départ massif.
- Le nombre peu élevé de finissants en soins infirmiers. De 1996 à 1999, on a instauré un contingentement des programmes en soins

infirmiers, cependant « les perspectives d'emplois étaient si faibles que les inscriptions n'atteignaient même pas le contingentement imposé [...] dû au désintérêt des jeunes. » (Desrosiers, 2000 ; 6)

Plusieurs efforts sont présentement faits au niveau national pour augmenter le nombre d'infirmières dans le réseau, notamment un élargissement des bassins de recrutement et un programme permettant d'accroître l'immigration. Diverses mesures sont aussi prises pour augmenter le nombre de finissantes : on augmente les admissions au cégep et à l'université, et on améliore le taux de diplomation (*Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière*, 2001 ; 65).

Cette pénurie de main-d'œuvre en nombre et en expertise a de nombreux impacts négatifs au sein du secteur hospitalier. Le manque de ressources entraîne une vulnérabilité des établissements, entre autres pendant les périodes de vacances estivales, engendrant l'utilisation de programmes de recyclage pour le retour à la profession, une forte utilisation du temps supplémentaire et une difficulté à remplacer des infirmières dans certaines spécialités (*Forum national sur la planification de la main d'œuvre infirmière*, 2001 ; 19).

À cette vulnérabilité des établissements s'ajoutent de difficiles conditions pour le personnel infirmier :

un « *alourdissement des tâches, plusieurs situations où les infirmières en place sont épuisées et l'augmentation des absences longue durée (...) des études qui démontrent que les infirmières sont particulièrement à risque sur le plan de la détresse psychologique* ». De plus « *les infirmières sur la liste de disponibilités vivent des difficultés importantes : appels au jour le jour, à toute heure, horaires variables, disponibilités sur trois quarts de travail et disponibilités exprimées à plus d'un établissement de sorte que la qualité de vie de ces personnes est affectée et que plusieurs d'entre elles songent à réorienter leur carrière dans d'autres secteurs d'activités* » (Forum national sur la planification de la main d'œuvre infirmière, 2001 ; 19).

Pour ce qui est du recrutement, on assiste à

« une forte migration d'un établissement à l'autre des infirmières non titulaires de poste, phénomène attribuable à une surenchère grandissante résultant des formules dites de "garanties de travail" ; la concurrence inter-établissement et interrégionale est très forte pour attirer la main-d'œuvre infirmière » (Forum, 2001 ; 21).

Cette forte migration d'un hôpital à l'autre a comme conséquence que les infirmières ne restent pas assez longtemps au même endroit, ce qui les empêche de se spécialiser.

2.1.3 Les ajustements du réseau face à l'évolution et à la pénurie

Les contraintes budgétaires et la pénurie de main-d'œuvre ont des conséquences néfastes sur le personnel. La Commission Clair se préoccupe de l'état de santé du personnel œuvrant dans le réseau de la santé, car

« la détresse psychologique serait passée en tête des causes d'absentéisme chez le personnel et les coûts de l'assurance-salaire ont augmenté de 25 % de 1993 à 1999, surtout en raison de la hausse

des problèmes de santé mentale liés à l'épuisement professionnel et à la dépression » (Commission Clair, 2000 ; 112).

Dans la recherche de solutions, la réorganisation des services et du travail est apparue importante. On fait face à une reconfiguration du réseau de la santé et à une réorganisation du travail (Lapointe *et al.*, 2000).

La pénurie est là pour rester, du moins pour les prochaines années, et les coûts du système de santé ne vont pas diminuer ; il faut donc trouver des solutions durables, la réorganisation du travail et des services apparaît alors essentielle.

Tel que souligné par l'Organisation mondiale de la santé, les pays développés ayant un système de santé à financement public n'ont pas d'autre alternative que de faire des choix sur les différents services qui doivent être offerts et de performer en ayant les meilleurs résultats possibles compte tenu des ressources disponibles (Commission Clair, 2000).

2.2 L'ajout de personnel de soutien

Plusieurs changements ont été faits dans l'organisation du travail afin d'accroître l'efficacité de la production des soins.

On a procédé dans certains cas à la décentralisation et dans d'autres à la centralisation de certains soins et services (Lapointe *et al.* 2000), regroupé les patients selon le type de pathologies (Lapointe *et al.* 2000), amélioré ou instauré le travail en équipes multidisciplinaires autour du patient, procédé à un aplanissement de la structure hiérarchique (Lapointe *et al.*, 2000) ; à cela s'ajoute l'utilisation de nouveaux moyens technologiques qui transforment le travail des professionnels de la santé.

Le changement qui nous intéresse dans ce projet de recherche concerne cependant le travail des infirmières, ces dernières représentant la plus grande partie des employés des hôpitaux et se retrouvant par le fait même au cœur des changements organisationnels. Ce changement est l'ajout de personnel de soutien dans les équipes de soins des unités, afin de pallier à la pénurie de main-d'œuvre infirmière, ceci tout en ayant l'objectif de ne pas altérer la qualité des soins.

L'objectif premier étant d'utiliser le temps infirmier de la façon la plus appropriée, plusieurs études démontrent que les infirmières font toutes sortes

de tâches non-cliniques tel que le transport des patients (Norrish et Rundall, 2001). En ajoutant du personnel de soutien, la division du travail se trouve modifiée : on essaie de donner le plus de tâches ne requérant pas une expertise « *nursing* » à du personnel non-infirmier, afin que les infirmières puissent se consacrer à leur expertise professionnelle (Lapointe *et al.*, 2000). Ceci tout en restant à l'intérieur des règles des ordres professionnels qui sont très strictes.

Ce type de réorganisation du travail est très fréquent aux États-Unis. L'Association des Hôpitaux américains rapportait, au début des années 1990, que 97 % des hôpitaux utilisaient un type de « *nurse extender* » (Krapohl et Larson, 1996), aussi appelés les UAP (*unlicensed assistive personnel*) : les individus, autres que les infirmières en règle, qui apportent des soins directs et indirects.

Chez nos voisins américains, deux sources de motivation peuvent être à l'origine de ce changement organisationnel : la réduction de la masse salariale et l'ajustement des équipes de travail face à la pénurie de personnel infirmier (Krapohl et Larson, 1996 ; Norrish et Rundall, 2001).

L'utilisation de personnel de soutien change la composition du personnel soignant. (Krapohl et Larson, 1996). La masse salariale des infirmières est une part très importante dans les budgets des hôpitaux et les employés de soutien coûtent moins cher ; on peut alors avoir moins d'infirmières et plus

d'employés de soutien. Mais on remarque que, dans la majorité des cas, c'est pour répondre à une pénurie d'infirmières (Krapohl et Larson, 1996). Plusieurs hôpitaux québécois ont aussi emboîté le pas et ajouté du personnel de soutien sur les unités afin d'aider les infirmières (Presse Canadienne, 2002).

2.2.1 Les principaux résultats

Plusieurs études empiriques ont déjà été menées sur le sujet, cependant on n'en arrive pas à un consensus sur les résultats. Malgré cela on peut distinguer quelques composantes positives et négatives.

Généralement, ce changement est bien accueilli par les infirmières et réussit à atteindre les objectifs d'optimisation du temps infirmier lors de la production des soins, comme l'ont démontré deux synthèses d'études effectuées par Norrish et Rundall (2001) et Krapohl et Larson (1996). L'ajout de personnel de soutien procure une aide aux infirmières pour aider à la dispensation des soins et pour répondre aux demandes des patients lorsqu'elles sont déjà occupées avec un autre patient (Norrish et Rundall, 2001).

Cependant, pour plusieurs infirmières, dispenser des soins aux patients à travers une autre personne change la relation infirmière-patient ; elle est de moindre qualité et donc moins satisfaisante pour l'infirmière (Norrish et Rundall, 2001 ; 60).

Il est aussi important de considérer qu'elles doivent superviser un autre employé, ce à quoi elles ne sont pas préparées par leur formation (Krapohl et Larson, 1996 ; Huston, 1996).

Certaines études rapportent une économie des coûts de main-d'œuvre, alors que d'autres non. De plus, plusieurs des études publiées depuis les années 1990 comportent des limitations méthodologiques non négligeables. Par exemple, aucune ne comprend une analyse sur plusieurs dimensions et aucune évaluation ne s'est étendue sur plus d'un an (Krapohl et Larson, 1996 ; 101).

Théoriquement, la substitution d'infirmières par du personnel de soutien devrait amener des économies salariales, car leurs salaires sont de 20 à 40 % moins importants que ceux des infirmières (Eastaugh & Regan-Donovan, 1990). On peut réduire le temps que les infirmières passent sur des tâches *non-nursing*. Cependant, il existe un manque de support empirique pour ces affirmations (Krapohl et Larson, 1996 ; 101).

Plusieurs études présentent un manque de rigueur quant à la mesure des coûts, de nombreuses variables telles que l'augmentation des besoins de supervision du personnel, les taux de réadmission, la durée des séjours et les coûts de formation ne sont pas pris en compte (Krapohl et Larson, 1996 ; 108). Selon Huston (1996), l'évaluation s'est principalement faite sur la satisfaction au travail des infirmières et sur le taux de roulement ; par contre,

on ne porterait pas suffisamment attention à l'impact sur la performance organisationnelle ou sur l'efficacité du travail dans l'unité de soins.

Les résultats que l'on retrouve dans la littérature sont donc partagés. La proposition selon laquelle les modèles utilisant des employés de soutien sont moins dispendieux et plus efficaces économiquement que les modèles n'utilisant que du personnel infirmier n'est pas vérifiée universellement (Huston, 1996).

2.3 Le rôle crucial du leadership lors des changements organisationnels

Durant nos entretiens exploratoires avec des personnes-ressources au centre hospitalier où nous avons effectué notre étude, il nous est apparu que dans un cadre de changement organisationnel, le type de leadership exercé par les gestionnaires concernés constituait une variable déterminante. Dans cette section, le thème du leadership sera abordé sous un angle général puisqu'il existe peu d'études sur un type de leadership spécifique au secteur hospitalier.

2.3.1 Définition générale

Le leadership peut être défini comme un « type d'influence interpersonnelle par laquelle un individu amène un autre individu ou un groupe à s'acquitter de la tâche qu'il veut voir mener à bien » (Schermerhorn, Hunt et Osborn, 2002 ; 361).

Plusieurs auteurs font une distinction entre gestionnaire et leader :

« on considère en général que le rôle de la gestion est de favoriser la stabilité de l'organisation et de lui permettre de fonctionner sans heurts, tandis que le leadership vise à faciliter l'adaptation et à instaurer les changements nécessaires » (Schermerhorn, Hunt et Osborn, 2002 ; 361).

On associe les gestionnaires à l'administration au jour le jour et les leaders à un environnement de travail en évolution (Zaleznick, 1998).

Alors que le management fait référence au fait de gérer la complexité, le leadership fait référence à la gestion du changement (Manfredi, 1996).

2.3.2 Types de leadership transactionnel et transformationnel

Bernard Bass (1999) est à l'origine du développement de la théorie selon laquelle il existe deux types de leadership : le transactionnel et le transformationnel, qui ne sont pas mutuellement exclusifs ; ce serait davantage le leadership de type transformationnel qui permettrait de conduire des changements.

Le leadership transactionnel

Le leadership transactionnel fait référence à une notion de relation d'échange entre le leader et les subordonnés, les leaders s'entendant préalablement sur ce que les subordonnés doivent accomplir afin de recevoir une récompense (renforcement positif) ou d'éviter une punition (renforcement négatif) (Tourigny et Ouimet, 1995 ; 3), ceci, pour que les deux parties rencontrent leurs propres intérêts (notion de donnant-donnant).

Le leadership transactionnel peut se retrouver sous trois formes : 1) *la gestion par exception* où le leader prend des mesures correctrices lorsque le subordonné ne rencontre pas les standards ; 2) *le leadership passif* où le leader attend que les problèmes arrivent pour les régler ; ou 3) *le laissez-faire* qui évite toute forme d'action (ce qui constitue un non-leadership) (Bass, 1999).

Le leadership transformationnel

Le leadership transformationnel réfère aux leaders qui amènent leurs subordonnés à se dépasser, à voir plus loin que leurs propres intérêts, par une influence idéologique : charisme, modèle d'inspiration, stimulation intellectuelle et considérations individuelles. Le leader augmente le niveau de maturité et d'idéaux, ainsi que les préoccupations pour l'accomplissement, le développement personnel et le bien-être des autres, de l'organisation et de la société (Bass, 1999). « Conséquemment, une telle quête de réalisation de soi oblige les subordonnés à rompre avec la routine et à déployer des efforts supplémentaires » (Tourigny et Ouimet, 1995 ; 3), donc à aller au-delà du rendement habituel ou quotidien (Schermerhorn, Hunt et Osborn, 2002 ; 379). C'est pourquoi les leaders transformationnels sont ceux qui réussissent le mieux à faire passer leur organisation à travers des changements radicaux (Sutcliffe, 1999 ; 275).

Le leadership transformationnel peut apparaître sous diverses formes : *l'influence idéologique* et le *leadership inspirationnel* font référence aux leaders qui expriment une vision enviable du futur, expliquent comment on peut y accéder, sont un exemple à suivre, ont de hauts standards de performance et démontrent de la détermination et de la confiance ; *la stimulation intellectuelle* est présente lorsque les leaders sont attentifs aux besoins de développement de leurs subordonnés, encouragent et supervisent leur développement et délèguent dans le but de leur donner des opportunités de développement (Bass, 1999).

Chaque leader a des comportements se rapportant au leadership transformationnel et transactionnel, mais en ayant un profil impliquant plus de l'un et moins de l'autre. Les leaders qui satisfont davantage les subordonnés tout en étant plus efficaces sont plus transformationnels et moins transactionnels (Bass, 1999).

Bass (1999) a prouvé sa théorie avec son questionnaire MLQ (multifactor leadership questionnaire) qui permet de mesurer les composantes des leaderships transactionnel et transformationnel. Reconnu par l'ensemble de la communauté scientifique, l'instrument possède une très bonne validité et une haute fidélité (Tourigny et Ouimet, 1995).

Modèle de Quinn (1988)

Quinn (1988) a fait une vaste étude sur les facteurs expliquant l'efficacité organisationnelle : il a interrogé 295 étudiants à demi-temps au M.B.A. et au M.P.A. sur le gestionnaire qu'ils connaissaient le mieux. Ce qui lui a permis de modéliser les différents comportements managériaux caractéristiques des milieux organisationnels performants. Dans cette étude 295 étudiants à demi-temps aux études supérieures en administration ont complété un questionnaire portant des questions sur les différents rôles managériaux.

À partir des travaux de Burns (1978) et Bass (1985) il a pu mettre en relation ces comportements managériaux avec les types de leadership transactionnel et transformationnel. Son modèle représente huit rôles types (définis comme étant des comportements et des activités managériales) dont quatre peuvent être associés à un style de leadership transformationnel et quatre à un style de leadership transactionnel. *Voir tableau p. 29* « Le pont "épistémologique" entre les styles de leadership et les huit rôles managériaux est admis par plusieurs des auteurs qui ont travaillé avec le modèle de Quinn (Quinn, Spreitzer et Hart, 1992 ; DiPadova et Faerman, 1993 ; Belasen et al., 1994) » (Pellerin, 1998 ; 30).

Son hypothèse de base est que les rôles transformationnels prennent plus d'importance aux dépens des rôles transactionnels dans les contextes de gestion en période de changement (Pellerin, 1998).

Tableau 1 : Huit rôles du modèle de Quinn (1988), tiré de Pellerin (1998)

Dimensions	Finalités managériales spécifiques	Rôle	Comportement
Transactionnelle	<ul style="list-style-type: none"> – Documentation – Gestion de l'information interne – Analyse 	Contrôleur	<ul style="list-style-type: none"> • Travaille avec des résultats et des faits • Solutionne des problèmes • Recueille et analyse l'information
	<ul style="list-style-type: none"> – Stabilisation, sécurisation – Contrôle (opérations, administration) 	Coordonnateur	<ul style="list-style-type: none"> • Évalue des rapports • S'occupe de la bureaucratie • S'occupe de l'ordre interne
	<ul style="list-style-type: none"> – Établissement des objectifs – Planification organisationnelle 	Directeur	<ul style="list-style-type: none"> • Établit des objectifs • Détermine des priorités • Détermine les zones de responsabilités
	<ul style="list-style-type: none"> – Productivité – Amélioration de la performance 	Producteur	<ul style="list-style-type: none"> • Motive les employés et encourage l'effort • Voit à ce que les objectifs de productivité soient atteints • Stimule la performance
Transformationnelle	<ul style="list-style-type: none"> – Considérations pour les autres – Développement des personnes 	Mentor	<ul style="list-style-type: none"> • Donne l'exemple • Démontre la considération personnelle • Écoute les employés
	<ul style="list-style-type: none"> – Cohésion – Amélioration et gestion du climat de travail 	Facilitateur	<ul style="list-style-type: none"> • Promeut le travail d'équipe • Promeut la participation • Facilite la discussion des groupes
	<ul style="list-style-type: none"> – Adaptabilité – Changement organisationnel 	Innovateur	<ul style="list-style-type: none"> • Suggère et introduit des changements • Transforme les problèmes en opportunités • Initie et articule une vision
	<ul style="list-style-type: none"> – Croissance – Gestion stratégique – Acquisition des ressources 	Agent de liaison	<ul style="list-style-type: none"> • Influence ses supérieurs et ses subordonnés • Promeut les contacts entre les employés • Représente les intérêts de ses pairs, employés et clients

2.3.3 Le rôle du leadership lors des changements organisationnels

De nombreux auteurs rapportent que de façon générale le taux d'échec des réorganisations du travail est très élevé, touchant de 50 à 70 % des cas (Sutcliffe, 1999 ; Cornet, 1998 ; Roy *et al.*, 1996). Les études montrent que

« les causes d'échecs des transformations organisationnelles sont multiples, mais dans la majorité des cas, [elles] prennent leurs sources dans la déficience du leadership des décideurs et dans le manque de support aux subalternes, le porteur de dossier doit être puissant, convaincu et disponible auprès des employés concernés » (Rondeau, 1994).

Le leadership joue donc un rôle important dans le succès des transformations organisationnelles.

Des types de leadership transactionnel et transformationnel, c'est le leadership transformationnel qui ressort comme étant le plus favorable à la conduite de changements organisationnels.

« Quoique susceptible de motiver à court terme les employés à atteindre les objectifs fixés, le leadership transactionnel se veut dysfonctionnel dans une perspective soit à long terme soit de dépassement de soi et ce, faute de pouvoir provoquer chez ceux-ci des changements au niveau de leur valeurs et croyances. Seul le leadership transformationnel est ici en mesure de permettre aux employés de se dépasser en devenant eux-mêmes des leaders » (Tourigny et Ouimet, 1995 ; 3).

Les études faites à partir de la théorie de Bass rapportent des liens significatifs entre les dimensions du leadership transformationnel et « certains

aspects du rendement et de la satisfaction professionnelle des travailleurs, de même que des efforts accrus, une réduction de l'épuisement professionnel et du stress, et un parti pris pour l'innovation » (Schermerhorn, Hunt et Osborn, 2002 ; 380).

Le leader transformationnel joue donc un rôle d'agent de changement important pour l'organisation. Les unités de soins des hôpitaux ne font pas exception à la règle ; elles ont elles aussi besoin de leaders transformationnels pour mener à terme leurs réorganisations du travail. Quelques auteurs rapportent le besoin d'avoir des chefs d'unités qui soient des leaders transformationnels (Ward, 2002 ; Pellerin, 1998 et Manfredi, 1996) ; leur position est considérée comme cruciale pour l'atteinte des objectifs organisationnels (Manfredi, 1996).

3 LE CADRE D'ANALYSE

3.1 La problématique

Pour faire face aux contraintes budgétaires, aux transitions sociodémographiques et épidémiologiques, ainsi qu'à la pénurie de main-d'œuvre, le réseau de la santé québécois devra faire des choix dans les services qu'il désire donner à ses clients et se tourner vers la réorganisation des services et du travail afin d'améliorer son efficacité de façon durable. En quelque sorte, le sous-financement de certains secteurs contraint déjà à des choix.

Ces réorganisations touchent entre autres le personnel infirmier, qui est présentement dans une situation d'épuisement (Bourbonnais *et al.*, 1999). Une des réorganisations possibles est l'ajout de personnel de support pour pallier à la pénurie d'infirmières en leur enlevant le plus possible les tâches *non-nursing* qu'elles exécutent.

Le fait d'enlever les tâches *non-nursing* permet de profiter de l'expertise des infirmières au maximum et peut, par la même occasion, offrir à ces dernières des possibilités de requalification de leur travail par une augmentation des techniques complexes, de l'enseignement et de la coordination des soins (Lapointe *et al.*, 2000 ; 178). La satisfaction au travail peut par contre être

affectée de deux façons : d'un point de vue négatif, du fait du changement de la relation infirmière-patient tel que vu précédemment (Norrish et Rundall, 2001), et d'un point de vue positif, sous l'angle des horaires de travail présentement difficiles (*Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière*, 2001) qui, avec un tel support, pourraient être améliorés.

Plusieurs auteurs (Sutcliffe, 1999 ; Cornet, 1998 ; Roy *et al.*, 1996) concluent que, de façon générale, les réorganisations du travail ont un taux d'échec très élevé se situant entre 50 et 70 %. Cependant, une des conditions de réussite des changements organisationnels semble être le leadership des gestionnaires. Dans la littérature, le leadership transformationnel semble être le plus propice à inviter les employés à adhérer à une nouvelle vision et à se dépasser. Le gestionnaire peut donc jouer un rôle de changement important.

Lorsqu'on fait un changement, il est primordial d'étudier son impact pour s'assurer qu'on est dans la bonne voie. On utilise de plus en plus des employés de soutien dans les modèles de soins, mais on n'a pas de preuves empiriques pour prédire les effets sur la qualité des soins, la satisfaction des patients et des infirmières, de même que l'impact sur les coûts et la productivité (Krapohl et Larson, 1996).

Nous voulons ici examiner l'impact de l'ajout de personnel de soutien sur le travail des infirmières, ainsi qu'explorer et comprendre le rôle de l'infirmière-

chef dans ce changement organisationnel selon qu'elle ait été un leader transformationnel ou transactionnel.

Notre question de recherche est donc : « Quel rôle joue le leadership de l'infirmière-chef dans l'impact de l'ajout de préposés aux bénéficiaires sur le travail des infirmières ? ».

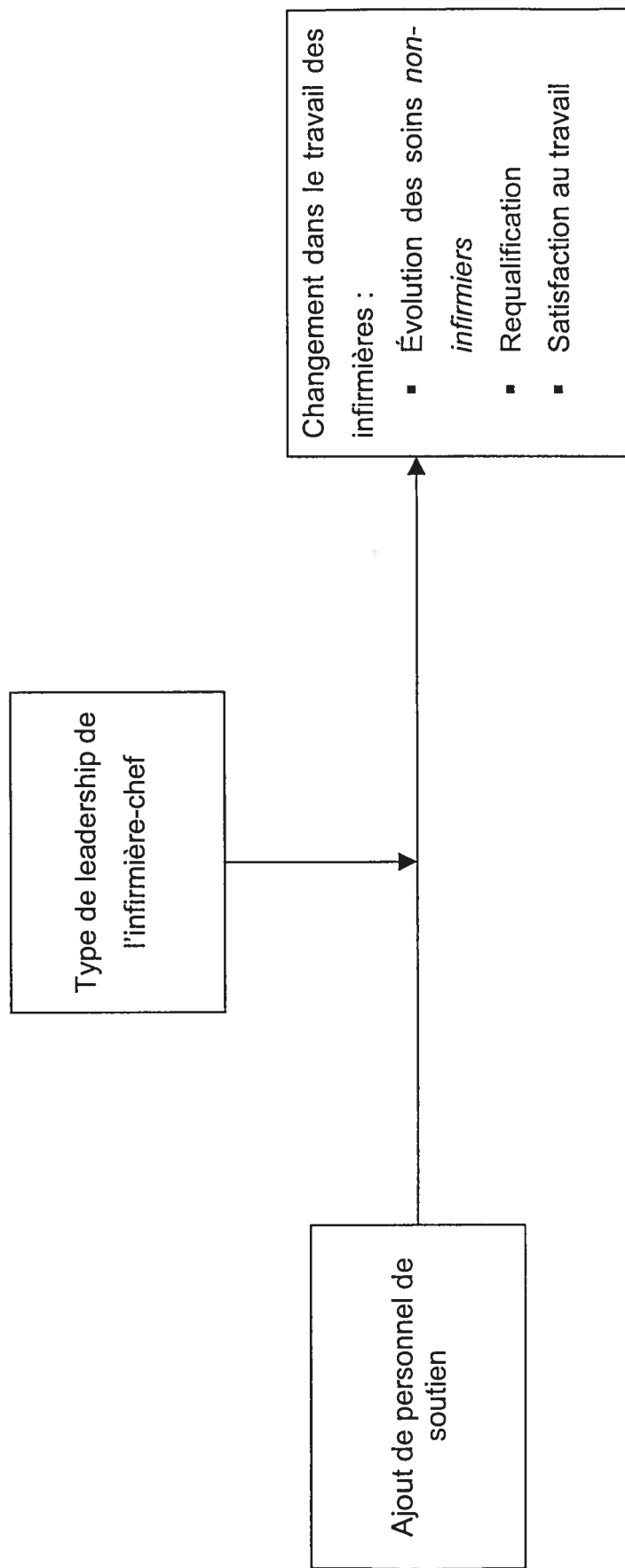
3.2 Le modèle conceptuel

Notre modèle conceptuel est composé de trois variables :

- La *variable indépendante* est l'ajout de personnel de soutien, ici l'ajout de préposés aux bénéficiaires.
- La *variable modératrice* est le leadership de l'infirmière-chef, cette variable se catégorise par un leadership transformationnel ou transactionnel.
- La *variable dépendante* est constituée de trois dimensions du travail des infirmières : les soins *non-nursing*, la requalification et la satisfaction au travail.

On peut observer cette relation sur la figure 1.

Figure 1 : Modèle conceptuel



3.3 Les hypothèses

Dans ce projet, nous avons une hypothèse principale et plusieurs sous-hypothèses que nous désirons explorer.

L'hypothèse principale est :

Dans les cas où l'infirmière-chef est un leader transformationnel, l'ajout de personnel de support aura un impact supérieur sur le travail des infirmières que dans les cas où l'infirmière-chef est un leader transactionnel.

Tel que vu dans la revue de la littérature, les leaders transformationnels ont une capacité à faire adhérer leurs subordonnés à une nouvelle vision, rendant ainsi possibles les changements (Bass, 1999, Ouimet et Tourigny, 1995).

Les trois sous-hypothèses sont :

a) *Dans les cas où l'infirmière-chef est un leader transformationnel, l'ajout de personnel de support réduira davantage les soins non infirmiers du travail des infirmières que dans les cas où l'infirmière-chef est un leader transactionnel.*

En effet, les études démontrent que l'ajout de personnel de soutien permet aux infirmières de se départir des tâches n'exigeant pas leur expertise (Krapohl et Larson, 1996 ; Norrish et Rundall, 2001).

b) Dans les cas où l'infirmière-chef est un leader transformationnel, l'ajout de personnel de support aura davantage un effet positif sur la requalification du travail des infirmières que dans les cas où l'infirmière-chef est un leader transactionnel.

Les infirmières, débarrassées de leurs tâches *non-nursing*, vont pouvoir se concentrer sur des tâches plus spécifiques à leur profession.

c) Dans les cas où l'infirmière-chef est un leader transformationnel, l'ajout de personnel de support aura un impact mixte plus important sur la satisfaction au travail des infirmières que dans les cas où l'infirmière-chef est un leader transactionnel.

- i. Effet positif du point de vue de la maîtrise de leur horaire de travail.*
- ii. Effet négatif du point de vue de la relation infirmière-patient.*

L'ajout de préposés aux bénéficiaires sera bien accueilli par les infirmières, car cela leur permettra d'optimiser leur temps lors de la production des soins et représente une aide non-négligeable (Norrish et Rundall, 2001). Cela pourrait leur permettre de pouvoir partir à l'heure à la fin de leur quart de travail.

Cependant, il se peut que la relation infirmière-patient soit moins satisfaisante étant donné que les infirmières auront moins de temps de qualité avec les patients, puisqu'une partie des soins sera faite à travers un autre intervenant (Norrish et Rundall, 2001).

4 LE CADRE OPÉRATOIRE

Cette recherche sera faite sous la forme d'une étude de cas contrastés qui vise à explorer et expliquer un phénomène, plutôt qu'à le quantifier. Les cas seront des unités de soins (équipes de travail en soins infirmiers traitant des patients hospitalisés dans une même unité physique d'un hôpital).

4.1 Le modèle opératoire

Opérationnalisation de la variable indépendante :

L'ajout de personnel de soutien sera opérationnalisé par l'ajout de préposés aux bénéficiaires dans les unités de soins ; nous considérerons donc le nombre de préposés ajoutés suite aux changements organisationnels.

Opérationnalisation de la variable modératrice :

Pour étudier le leadership de l'infirmière-chef, afin de savoir s'il est davantage transactionnel ou transformationnel, nous avons décidé d'utiliser le modèle des huit rôles de Quinn (1988) (voir Tableau 1, p. 21) grâce au questionnaire établi par Pellerin (1998) que nous verrons plus loin dans la section méthodologie. Nous avons aussi posé plusieurs questions sur ces huit rôles lors des entrevues.

Opérationnalisation de la variable dépendante :

Le travail des infirmières sera étudié sous trois dimensions : l'évolution des soins non-infirmiers, la requalification et la satisfaction au travail (voir Tableau 2, p. 41). C'est la perception des acteurs que nous avons recueilli par rapport à ces dimensions.

Par l'évolution des soins non-infirmiers, nous avons voulu vérifier si les infirmières considèrent que leur expertise est mieux utilisée, donc si elles ont bien délégué les tâches ne requérant pas leur expertise aux préposés aux bénéficiaires ; nous avons vérifié également si elles peuvent maintenant prendre plus de patients sous leur responsabilité.

Par la requalification, nous avons vérifié si l'ajout de préposés a un effet sur les techniques pratiquées par les infirmières, l'enseignement auprès du patient et de la famille, le rôle de coordination et les opportunités professionnelles.

Par la satisfaction au travail, nous avons vérifié quel est l'impact de l'ajout de préposés aux bénéficiaires sur la relation infirmière-patient et sur l'horaire de travail des infirmières.

Tableau 2: Modèle opératoire de la variable dépendante

Dimensions	Composantes	Prévision du sens de la relation
Soins non-infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> • Présence de tâches <i>non-nursing</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution
Requalification	<ul style="list-style-type: none"> • Techniques pratiquées • Enseignement auprès du patient et de la famille • Rôle de coordonnateur • Opportunités professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation
Satisfaction au travail	<ul style="list-style-type: none"> • Maîtrise des horaires • Relation infirmière-patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation • Diminution

4.2 Le terrain d'étude

Le terrain retenu pour cette étude est un centre hospitalier universitaire de la région de Montréal qui a récemment ajouté des préposés aux bénéficiaires dans certaines équipes de soins et réactualisé le rôle de ceux déjà en place. La direction nous a appuyée dans cette recherche et nous avons eu l'occasion de procéder à des entretiens exploratoires avec des personnes-ressources de la Direction des soins infirmiers et de la Direction des ressources humaines.

Selon les directions,

*« le projet de réorganisation du travail impliquant les préposés aux bénéficiaires [...] visait à rendre plus actif le préposé auprès des patients tout en recentrant l'infirmière vers ses responsabilités spécifiques. Dans certaines unités de soins, cela s'est traduit par un ajout de préposés aux bénéficiaires alors que dans d'autres unités, le rôle de préposé aux bénéficiaires a simplement été actualisé. »
(Document interne; 2002)*

En tout, dix-neuf préposés aux bénéficiaires ont été ajoutés sur treize unités différentes, principalement de jour et de soir, soit un préposé par unité, sauf sur l'unité où il y a eu un ajout de deux préposés aux bénéficiaires de nuit.

4.3 La méthodologie

Nous avons choisi d'étudier un seul hôpital, et d'y faire une comparaison entre plusieurs unités, afin d'avoir un environnement constant. Ce qu'on vise ici est l'exploration, puisque la recherche n'est pas encore très développée dans ce domaine.

Selon Yin (1981) la recherche est une étude de cas lorsqu'elle se fait sur un phénomène contemporain dans son contexte de vie, quand les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas complètement évidentes et dans laquelle plusieurs sources de preuve sont utilisées ; il s'agit donc ici d'une étude de cas.

4.3.1 L'échantillon

L'analyse que nous avons effectuée est basée sur des entrevues individuelles. Tel que convenu lors du projet, nous avons rencontré des sujets sur six unités, ici des unités de soins, et en avons retenu quatre pour l'étude et la discussion. Bien que ce nombre puisse sembler limité, il est déterminé par le besoin d'avoir des infirmières-chefs, qui d'une part sont en poste depuis le début des changements et d'autre part ont un niveau de supervision semblable (nombre et étendue de leurs unités, ainsi que soins dispensés).

En plus des infirmières-chef, trois subordonnés ont également été rencontrés par unités : deux infirmières (une infirmière et une infirmière bachelière, afin d'avoir une meilleure représentation) et un préposé aux bénéficiaires. Ce nombre limité est une question de faisabilité dans le cadre d'un mémoire de maîtrise. Avec des entrevues faites avec différents corps d'emploi dans une même unité.

Les six équipes rencontrées travaillaient sur différents quarts de travail ; nous en avons quatre de jour, ainsi qu'une de soir et une de nuit. Les entrevues ont pris en moyenne une durée d'une heure. Nous avons rencontré nos sujets sur les lieux de travail, dans une salle privée, certains sur leur temps de travail et d'autres à leur pause ou à la fin de leur quart de travail.

Nous avons effectué 22 entrevues dont nous avons fait les verbatims, ce qui nous a permis de faire une analyse de contenu grâce à une grille thématique. Sur les six unités, nous avons sélectionné les quatre plus contrastées du point de vue des résultats. Ayant plusieurs répondants travaillant sur la même unité et nous donnant des informations sur un même sujet, nous avons pu obtenir différents éclairages concernant un même phénomène. Nous avons utilisé une approche de triangulation en interrogeant sur le même sujet des répondants ayant trois fonctions différentes : infirmière-chef, infirmière et PAB. Cette analyse fût plus complexe que si nous n'avions eu qu'un seul point de vue car nous avons dû comparer toutes les réponses relatives aux

mêmes éléments, cependant ce procédé de triangulation permet d'assurer une plus grande validité des résultats.

La Direction des ressources humaines et la Direction des soins infirmiers de l'hôpital ont procédé à la sélection des unités de soins en s'assurant que nous ayons certaines unités avec de bons résultats et d'autres où la réorganisation semblait moins réussie.

Nous vous présentons ici un portrait « démographique » des sujets rencontrés.

Unité 1

	Inf-chef	Inf bach	Inf	PAB
Ancienneté dans le poste	Moins de 2 ans	De 6 à 10 ans	Plus de 15 ans	Moins de 2 ans
Ancienneté dans l'hôpital	Plus de 15 ans	Plus de 15 ans	Plus de 15 ans	Quelques années
Scolarité	DEC en soins infirmiers	Bac en soins infirmiers	DEC en soins infirmiers	DEC autre
Objectif professionnel	Maîtriser les aspects de son nouveau travail	Travailler ailleurs	Donner le plus de renseignements aux patients	Avoir sa propre entreprise
Contraintes familiales	A des enfants	A de grands enfants	A des petits-enfants	A des enfants

Unité 2

	Inf-chef	Inf bach	Inf	PAB
Ancienneté dans le poste	Moins de 2 ans	De 6 à 10 ans	N.A.	Moins de 2 ans
Ancienneté dans l'hôpital	Plusieurs années	De 10 à 15 ans	N.A.	Plusieurs années
Scolarité	DEC et BAC en soins infirmiers Maîtrise en administration publique	DEC et BAC en soins infirmiers	N.A.	Secondaire non complété
Objectif professionnel	Survivre ! Collaborer à la réorganisation des soins infirmiers	Prendre sa retraite ou éventuellement devenir professeur	N.A.	Faire le mieux avec les connaissances qu'on a
Contraintes familiales	A des enfants.	Aucune	N.A.	Aucune

Unité 3

	Inf-chef	Inf bach	Inf	PAB
Ancienneté dans le poste	2 à 5 ans	5 à 10 ans	Plus de 15 ans	Moins de 2 ans
Ancienneté dans l'hôpital	2 à 5 ans	Plus de 15 ans	Plus de 15 ans	Plus de 15 ans (entretien ménager et PAB)
Scolarité	DEC en soins infirmiers Bac en gestion des services de santé	Bac en soins infirmiers	DEC en soins infirmiers	DEC
Objectif professionnel	Aider les infirmières à mieux servir le patient	Être avec les patients	Que les patients soient le mieux traités possible	Travailler avec les patients
Contraintes familiales	A de grands enfants	Aucune	A de grands enfants	Aucune

Unité 4

	Inf-chef	Inf	Inf	PAB
Ancienneté dans le poste	2 à 5 ans	6 à 10 ans	Plus de 15 ans	11 à 15 ans
Ancienneté dans l'hôpital	Plusieurs années	Plus de 15 ans	Plus de 15 ans	11 à 15 ans
Scolarité	DEC et BAC en soins infirmiers Maîtrise en administration publique	DEC en soins infirmiers	DEC en soins infirmiers	DEC
Objectif professionnel	Aucun. Faire son travail le mieux possible, que les gens soient heureux de venir sur les unités où elle est	Bâtir un programme de soins spécialisés	Toujours s'améliorer, apprendre, construire, bien faire son travail	Travailler aux soins
Contraintes familiales	A de jeunes enfants	Aucune	Des enfants	Des grands enfants

4.3.2 Les outils de cueillette des données

Nous avons utilisé deux outils pour faire la cueillette des données : des entrevues semi-dirigées (annexe 2) et un questionnaire (annexe 1). Ces outils ont été utilisés auprès de tous les répondants rencontrés.

4.3.2.1 Le travail des infirmières

Pour l'évolution des soins *non-nursing*, les données ont été recueillies par entrevues avec les trois acteurs.

Évolution des soins non-nursing	
Dimension	Indicateurs
Tâches non-nursing	<p>Soins de base :</p> <p>Aider lors de certains traitements/soins (ex. : installation de solutés, sondes, etc.) ;</p> <p>Assurer les soins de base (bain, boire, lavage, cheveux, brossage de dents) informer l'infirmière de l'état de la peau et/ou du comportement du patient au moment du bain ;</p> <p>Participer activement à la réhabilitation du patient (faire marcher, aider au lever, etc.) ;</p> <p>Mesurer les excréta (sonde naso-gastrique, sonde urinaire, urine) et les ingestas (per os) ;</p> <p>Préparer le matériel servant aux soins.</p> <p>Autres :</p> <p>Transports ;</p> <p>Accueil des patients (orientation, informations sur les règles de vie à l'unité et rangement des effets personnels), des admissions et des retours de la salle d'opération ;</p> <p>Répondre : aux cloches et informer l'infirmière de l'objet de la demande au besoin, aux demandes des parents (ex. : jus, changer le lit, etc.) après validation auprès de l'infirmière ;</p> <p>S'occuper de distribuer et ramasser les plateaux/collations (aviser s'il manque un repas, porter attention à la diète des patients et aux allergies) ;</p> <p>Maintenir un environnement sécuritaire et propre.</p> <p><i>Source : Questionnaire fait par l'Hôpital</i></p>
Temps	Récupération de temps.

La requalification a été étudiée à partir des entrevues avec les infirmières et les infirmières-chefs.

Requalification	
Dimension	Indicateurs
Techniques pratiquées	Présence de nouvelles techniques plus poussées, actes délégués.
Enseignement auprès du patient/famille	Temps consacré ; Création d'outils (ex. : feuillets).
Rôle de coordinateur	Fréquence des directives et explications données aux préposés aux bénéficiaires.
Opportunités professionnelles	Formation.

La dimension de la satisfaction au travail a été étudiée grâce à des entrevues individuelles faites auprès des infirmières et des préposés aux bénéficiaires.

Satisfaction au travail des infirmières	
Dimension	Indicateurs
Relation infirmière-patient	Temps passé avec le patient ; Qualité du temps passé avec le patient ; Interférence du préposé dans la relation.
Horaire de travail	Partir à l'heure ; Imprévisibilité du temps supplémentaire ; Respect des temps de pause et dîner.

4.3.2.2 Le leadership

Pour étudier la variable du leadership nous avons utilisé deux outils. Le questionnaire *Competing values leadership instrument (extended version)* développé par Quinn (1988) et validé empiriquement ; nous avons distribué la version modifiée de Pellerin (1998) autant aux infirmières-chefs qu'aux infirmières et aux PAB. Parallèlement à ce questionnaire, nous avons inclus dans nos entrevues semi-dirigées plusieurs questions inspirées par les différents comportements des rôles du leadership du modèle de Quinn (1988) se rattachant aux deux types de leadership.

Pour assurer la rigueur de l'étude, nous avons pris un changement qui a eu lieu au même moment (environ un an avant le début des entrevues) dans toutes les unités étudiées, ce qui a donné assez de temps au phénomène pour s'installer. Le respect de la confidentialité a été assuré aux répondants et une description du projet leur a aussi été remise afin d'avoir leur consentement.

5 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

Dans cette section, nous présentons l'analyse des résultats pour chacune des dimensions, soit : l'évolution des soins non-infirmiers, la requalification, la satisfaction au travail et le leadership.

5.1 L'évolution des soins non infirmiers

Krapohl et Larson (1996) ainsi que Norish et Rundall (2001) ont démontré que l'ajout de personnel de soutien permet aux infirmières de se départir de tâches qui ne requièrent pas leur expertise. Nous avons donc posé comme hypothèse qu'avec ce projet d'ajout de préposés aux bénéficiaires, les tâches *non-nursing* effectuées par les infirmières allaient diminuer.

Avec nos entrevues, nous avons regardé un an et demi après l'implantation du projet, la qualité du travail effectué par les préposés aux bénéficiaires sur les unités, le transfert des tâches non-nursing et nous avons vérifié si les infirmières avaient pu récupérer du temps grâce à cet ajout de personnel et à la réorganisation du travail.

5.1.1 Portrait des tâches effectuées par les préposés

Afin de bien comprendre le travail des PAB, nous présenterons un portrait des tâches qu'ils effectuaient au moment des entrevues. Nous avons observé que le travail des préposés comprend généralement les aspects suivants : le confort et l'hygiène du patient, le support aux infirmières pour certains soins et le maintien d'un environnement propre et sécuritaire.

Pour ce qui est du confort des patients, on peut dire que les préposés apportent un confort « matériel ». Par exemple, ils remontent la tête de lit, apportent un verre d'eau, etc. Par rapport à l'hygiène du patient, ils s'occupent de sa toilette personnelle.

L'aide qu'ils procurent aux infirmières peut être de nature différente : surveiller des patients, les immobiliser lors de certains traitements, vider et mesurer la quantité des sondes urinaires et naso-gastriques, procéder au premier lever du patient, tourner les patients, leur faire faire des exercices de spirométrie, les faire boire et manger, etc. Tout dépend de l'unité sur laquelle les préposés travaillent.

Pour ce qui est du maintien de l'environnement, ils procèdent au remplissage de matériel, apportent l'appareillage dans les chambres, ramassent les cabarets, font certaines commissions (laboratoire, pharmacie, cuisine, stérilisation), etc.

Outre ces grandes catégories, afin d'augmenter la validité de nos résultats, nous avons examiné s'il y avait de grandes différences dans le travail des PAB sur les unités étudiées. L'examen des tâches effectuées indique que le travail des PAB est plutôt semblable d'une unité à l'autre. Il était important d'avoir environ la même complexité de tâches d'une unité à l'autre afin de pouvoir faire des comparaisons sur d'autres sujets par la suite.

5.1.2 La qualité du travail des PAB

Les infirmières sont responsables de leurs patients, elles doivent donc avoir confiance aux préposés avec qui elles travaillent afin d'être capables de leur déléguer des tâches. Nous avons donc cherché à savoir ce qu'elles pensaient de la qualité du travail effectué par leurs collègues PAB.

Deux unités se démarquent positivement dans la qualité du travail des PAB. Dans l'unité 1, les infirmières sont très satisfaites du travail effectué par les PAB qui sont, selon elles, très bien formés.

Infirmière bachellière : « Quand il y a une nouvelle, on lui donne la chance de s'habituer aussi, parce qu'on apprécie et on a intérêt à ce qu'elle soit bien formée pour que son aide soit efficace. »

Dans l'unité 2, les PAB comprennent très bien l'importance des tâches qu'elles ont à faire, et ce, en grande partie à cause de la présence d'une PAB

qui a fait son cours spécialisé de plus de 600 heures (maintenant requis à l'embauche, mais non requis pour les promotions internes).

Infirmière-chef : « avoir un atout comme elle sur le bloc, sur l'unité, ça aide pour les autres énormément parce que quand elle accroche, elle oriente un PAB ou elle accroche une consœur elle dit : c'est important pour telle ou telle raison, parles-en à ton infirmière . »

Cependant l'infirmière bachelière rencontrée sur cette unité nous disait que, selon elle, environ la moitié des préposés manquent de formation spécifique à l'unité :

« ils peuvent recevoir leur orientation sur une autre unité et ce n'est pas les mêmes besoins nécessairement [...] à un moment donné tu t'habitues à travailler avec une infirmière, ce n'est pas les mêmes habitudes, tu finis par comprendre. Si tu n'as pas les mêmes personnes avec qui travailler c'est difficile, c'est toutes sortes de monde qui te montrent toutes sortes de choses, tu ne peux pas t'en souvenir nécessairement ».

Les deux autres unités semblent avoir de moins bons résultats. Les infirmières et l'infirmière-chef de l'unité 3 étaient unanimes. Selon elles, la qualité du travail des PAB « dépend des personnes ».

Infirmière : « on a une PAB qui est merveilleuse [...] c'est toujours correct, mais les autres là tu cours après et le temps de les trouver [...] tu aurais eu le temps de le faire au lieu d'aller le chercher. »

Infirmière-chef : « [les hommes PAB] ne voient pas autant les petits détails [...] la cuisine est tout croche et les cabarets sont empilés... Il faut plus leur rappeler les choses... Tu rentres dans une chambre et c'est très encombré, les femmes ont plus tendance à dire on va clarifier, on va faire de la place. »

Nous retrouvons le même phénomène dans l'unité 4, où les deux infirmières rencontrées nous ont dit que sur leur unité, la qualité du travail des PAB dépend des individus :

« il y en a que c'est des travailleurs et il y en a d'autres que c'est des jaseuses ».

Sur ces deux unités, la formation et le transfert des apprentissages semblent causer problème. Les deux infirmières et l'infirmière-chef de l'unité 4 nous ont dit que certains préposés manquent de formation alors que d'autres, qui ont suivi des formations, oublient ou n'utilisent pas ce qu'ils ont appris lorsqu'ils sont de retour sur l'unité de soins. Du côté de l'unité 3, les infirmières considèrent que les PAB avaient un meilleur rendement à leur arrivée sur l'unité, lors de leur période d'initiation et d'essai, et qu'une fois celle-ci terminée la qualité de leur travail diminuait.

Infirmière : « quand ils font l'entraînement, ils ont toujours un rendement meilleur et après, quand le 20 jours est fait... ».

Conclusion :

De nos résultats, deux facteurs ressortent comme ayant beaucoup d'influence sur la qualité du travail des PAB : d'une part, les qualités personnelles des individus et, d'autre part, la formation et son transfert dans l'accomplissement des tâches.

Ces résultats concordent avec ceux d'une étude nationale réalisée aux États-Unis, où les chercheurs avaient découvert que les infirmières percevaient souvent le personnel d'assistance en soins comme des gens mal formés et inexpérimentés avec les patients (Huston, 1996). Une revue de littérature faite par Lapointe *et al.* (2000, p. 175) rapporte que plusieurs « craignent une sérieuse détérioration de la qualité des soins avec l'usage accru du personnel non infirmier, n'ayant en outre aucune formation reconnue et certifiée ». Selon Barter, McLaughlin et Thomas (1997), plusieurs infirmières s'inquiètent car elles ne connaissent pas bien le contenu des programmes de formation des assistants en soins et qu'elles n'ont pas participé personnellement à leur formation.

5.1.3 Le transfert des tâches non-nursing

Un grand nombre d'études démontrent que les infirmières font diverses tâches non-nursing (Norrish et Rundall, 2001). Plusieurs réorganisations du travail sont donc mises sur pied afin de revoir la division du travail et ainsi de permettre aux infirmières de se consacrer uniquement aux tâches nécessitant leur expertise clinique (Lapointe *et al.*, 2000).

Dans notre étude de cas, l'ajout des PAB avait comme objectif de redonner aux PAB les tâches qu'ils devaient faire, mais qui étaient effectuées par les infirmières. Nous avons donc demandé aux infirmières et aux infirmières-

chefs dans quelle mesure le transfert de ces tâches *non-nursing* avait été effectué sur leur unité.

Nous avons observé un transfert plus significatif sur les unités 1 et 2.

L'infirmière-chef de l'unité 1 nous disait que la plupart des tâches *non-nursing* qui étaient effectuées auparavant par les infirmières étaient maintenant faites par les PAB. Selon la PAB interrogée, comme avant son arrivée il n'y avait pas de PAB sur le bloc, toutes ses tâches étaient faites par les infirmières :

« les bassines, les sondes, immobiliser, faire des petits goûters, je ne sais pas moi, aller porter les prélèvements, elles faisaient tout ça ».

Les deux infirmières rencontrées confirment aussi que lorsque la PAB est disponible (présente dans leur bloc), elle fait toutes les tâches requises. Cependant, quand il arrive qu'elle ne soit pas sur le bloc, ce sont les infirmières qui prennent la relève :

« c'est sur que les poches de linge sale je ne vais pas aller porter ça dans la chute, des affaires de même, mais les tâches proches des patients, pour les besoins immédiats des patients, si la PAB n'est pas là, l'infirmière va les faire ».

Dans l'unité 2, l'infirmière-chef et l'infirmière bachelière confirment le même résultat : toutes les tâches ont été transférées aux PAB.

Infirmière-chef : « ce qui revient à César a été remis à César, [...] , les infirmières ont transmis aux PAB ce qui leur revenait ».

Dans les unités 3 et 4, on note aussi un transfert de tâches comme le souligne l'infirmière-chef de l'unité 3 :

«les PAB ont pris la place qu'ils devaient prendre, ils ont pris plus de place, mais on ne peut pas dire qu'il y a des choses que les infirmières ne font carrément plus ».

Ceci est aussi confirmé par les infirmières, toutefois, cela varie selon les individus :

« Avant, on allait plus souvent laver les cheveux tandis que là, c'est eux-autres qui s'organisent pas mal tout seuls [...] ils vident les sondes et tout ça, ça c'est bien. Des fois, il faut que tu leur demandes là, mais celle qui va bien va bien dans tout et celles qui ne va pas bien ça niaise pour tout. »

Un autre facteur de variation est le type de clientèle présent sur l'unité. Selon l'infirmière-chef et le PAB de l'unité 4, si les patients sont lourds les PAB ne peuvent pas suffire à la tâche et les infirmières font alors encore des tâches *non-nursing*.

Infirmière-chef : « s'il y a beaucoup de non autonomes, ils ne suffiront pas à la tâche, donc ça dépend de la clientèle ».

Conclusion :

Il y a eu des transferts de tâches sur toutes les unités, cependant, les résultats sont plus significatifs sur les unités 1 et 2. On ne peut pas dire qu'il y a des tâches que les infirmières ne font carrément plus ; elles en font moins

qu'avant et ce sur toutes les unités, mais dès qu'il y a un surplus, elles vont encore en faire.

Nous avons noté trois principaux facteurs modérateurs qui semblent influencer le transfert de tâches, soit : le type de patients présents sur l'unité, la disponibilité de PAB et leurs qualités personnelles.

Lorsqu'il y a beaucoup de patients lourds sur l'unité ou lorsqu'un PAB doit couvrir deux unités, il arrive que les PAB ne suffisent pas à la tâche. D'un autre côté, tel que vu à la section précédente, il y a certains PAB avec qui il est plus difficile de travailler, donc le transfert de tâches se fait moins bien avec eux.

5.1.4 La récupération de temps

Le transfert de tâches devrait libérer du temps aux infirmières afin qu'elles puissent se consacrer à des tâches purement nursing. Nous avons donc cherché à savoir, selon elles, combien de temps elles pouvaient récupérer grâce à ce transfert.

Sur les unités 1 et 2, les infirmières nous ont dit avoir obtenu un important gain de temps avec l'ajout de PAB.

Les deux infirmières de l'unité 1 nous ont dit récupérer un temps assez considérable :

Infirmière bachelière : « Si je veux aller dans une moyenne, je peux dire que tous les, excuse-moi l'expression, que tous les niaisages, la cloche, le verre d'eau, la couverture, tu me diras c'est pas du niaisage, c'est des choses nécessaires, mais pareil, je peux dire que ça peut nous prendre parfois une à deux heures. [...] Ça va dépendre des tâches qu'on a. »

Alors que sur l'unité 2 l'infirmière-chef et l'infirmière bachelière nous ont dit que les infirmières récupèrent pas mal de temps grâce aux PAB, sans pouvoir nous donner de chiffre.

Infirmière-chef : « Je ne suis pas à l'aise de dire combien de temps [...]. Mais chose certaine maintenant les infirmières ont le temps, oui ça on l'a réalisé, avant les infirmières n'avaient pas le temps d'aller voir leurs dossiers, elles relevaient leurs prescriptions à la course, elles relevaient leur [terme médical inaudible] à la course, elles n'avaient pas le temps de revoir leur dossier et de revoir le dernier 24h, mais maintenant elles le font. »

Cependant sur l'unité 3, les infirmières n'ont pas signifié un grand gain de temps. Ce peu d'impact provient de deux facteurs : d'une part, du fait qu'on leur ait ajouté davantage de patients et, d'autre part, du fait que certains PAB ne font pas leur travail correctement.

Infirmière-chef : « Ça les a libérées de quelques tâches, mais on leur donne plus de patients de l'autre côté parce que, comme je te disais tantôt, il faut que je rentre dans mes ratios. Ça fait qu'il faut qu'il y ait moins d'infirmières sur le plancher, donc elles se retrouvent souvent au moins aussi coincées qu'elles l'étaient avant. »

Les infirmières de l'unité 3 disent qu'en général elles se sentent moins bien servies que quand elles faisaient elles-mêmes le travail, mais que lorsqu'elles ont LE bon PAB du département, là, elles voient un gain.

Infirmière : « Quand on a celle qui travaille bien ça nous décharge beaucoup, on est bien contentes que ce soit elle qui soit jumelée avec nous autres parce qu'on sait qu'elle va être au-devant de nous autres même. »

Selon les infirmières de l'unité 4, il y a récupération de temps mais celle-ci est difficile à estimer :

« C'est... parce que la clientèle évolue toujours, la clientèle est de plus en plus malade et la clientèle demande de plus en plus de choses. Euh, donc je ne peux pas dire c'est quoi le pourcentage, si c'est la moitié, peut-être 30 %, je ne sais pas, c'est bien difficile à dire ».

Conclusion :

Sur toutes les unités, les infirmières récupèrent du temps, mais sur certaines davantage que d'autres. Ce qui coïncide avec les différents résultats de la littérature, selon lesquels, généralement, l'ajout de personnel de soutien permet d'atteindre les objectifs d'optimisation du temps infirmier (Norrish et Rundall, 2001 ; Krahpol et Larson, 1996).

Les résultats les plus positifs sont sur les unités 1 et 2. Les facteurs qui semblent jouer sont les mêmes que pour le transfert des tâches, soit la personnalité des PAB, la répartition infirmière-PAB et le type de patients, ce

qui est quand même surprenant compte tenu du fait qu'il y a eu un transfert de tâches sur toutes les unités.

Nous avons remarqué une grande différence de compétences entre les PAB. Il y en a certains à qui les infirmières font totalement confiance alors qu'il y en a d'autres avec qui elles sont incapables de travailler.

À l'embauche, un cours est exigé pour les PAB, cependant la dotation des postes à l'interne se fait par ancienneté ; une personne qui a été préposé à l'entretien ménager peut donc se retrouver du jour au lendemain PAB. Il est certain qu'une formation lui est donnée à l'interne, mais celle-ci n'équivaut pas à celle donnée par les écoles spécialisées. Une révision des critères de dotation pourrait être envisagée, par exemple l'exigence du DEP pourrait être envisagée.

Du côté de la formation spécifique donnée sur les unités, chaque unité étant spécialisée dans des soins différents, les procédures, produits, etc. sont différents et ce n'est pas dès son arrivée sur l'unité que le PAB peut être fonctionnel ; cette réalité doit être comprise et acceptée par les infirmières. Dans l'unité 1, les infirmières ont bien intégré cette réalité et laissent le temps aux PAB de prendre de l'expérience et de faire leurs preuves.

5.2 La requalification

Nous avons posé comme hypothèse que l'ajout de personnel de soutien, en déchargeant les infirmières de certaines de leurs tâches, allait avoir une influence positive sur la requalification des infirmières.

Afin d'évaluer le volet requalification, nous avons regardé à quoi les infirmières ont occupé le temps récupéré, l'impact sur l'enseignement fait aux patients, leur rôle de coordination par rapport aux PAB, leur possibilité de suivre de la formation continue et l'ajout ou l'approfondissement de certaines tâches et responsabilités.

Avant d'étudier les résultats en détail pour chacune des unités, il est important de préciser que sur toutes les unités, les infirmières et infirmières-chefs nous ont dit qu'il n'y avait pas eu d'ajout de techniques ou de responsabilités suite à la réorganisation.

Sur l'unité 1, les infirmières et leur chef étaient unanimes, l'ajout des PAB a permis aux infirmières de consacrer plus de temps à leurs dossiers et, surtout, à leurs patients.

Infirmière : « On peut parler avec les patients, parce qu'ils ont bien besoin de réconfort, et si tu n'as pas le temps tu passes à côté de ton objectif. »

Du côté des techniques effectuées, il n'y a pas eu de réel approfondissement, mais une des infirmières rencontrées expliquait que le fait de passer plus de temps auprès des patients et de les réconforter leur permettait davantage d'atteindre leurs objectifs de soins. L'enseignement fait aux patients se retrouve par le fait même majoré.

Infirmière bachelière : « on a plus de temps pour faire de l'enseignement aux patients. »

Pour ce qui est du rôle de coordination du travail du PAB, les infirmières indiquent au PAB, au début du quart de travail, les spécificités de chacun des patients pour qu'il puisse organiser son travail en conséquence.

Infirmière bachelière : « au début de la nuit, moi je vais dire à la PAB moi j'ai telle, telle, telle chose de spécifique dans telle, telle, telle chambre que j'aimerais que tu fasses. Donc elle va pouvoir se planifier, chaque infirmière va lui dire qu'est-ce qu'elle a de spécifique à faire cette nuit-là. »

Il n'y a eu aucun impact sur la formation continue des infirmières, car le budget n'a pas été majoré en conséquence. Cependant, les infirmières ont eu plus de facilité à se libérer pour des capsules de formation.

Sur l'unité 2, les infirmières consacrent le temps qu'elles ont récupéré à être davantage auprès de leurs patients, ce qui leur permet de mieux les

connaître. Elles collaborent aussi plus facilement avec les autres intervenants médicaux.

Ici aussi, il n'y a pas eu de technique précise qui a été approfondie, mais en ayant plus de temps à consacrer aux patients, les infirmières peuvent passer plus de temps à l'enseignement.

Le rôle de coordination des infirmières envers les PAB avec qui elles font équipe est très exploité ; elles leur disent quels sont les besoins spécifiques des patients, les tâches à accomplir et le moment pour les exécuter. Selon l'infirmière-chef, la coordination du travail des PAB est très importante :

Infirmière-chef : « Un autre titre d'emploi vient travailler avec toi, mais la responsabilité est quand même sur tes épaules. [... L'infirmière] s'assure que les choses soient faites ou que le PAB a bien compris pourquoi il faut les faire »

Enfin, du côté de la formation continue, il n'y a eu aucun impact selon les informations recueillies.

De leur côté, les infirmières de l'unité 3 consacrent le temps qu'elles ont récupéré à compléter leurs dossiers, ce qu'elles faisaient auparavant à la course, à la dernière minute avant de quitter. Elles se retrouvent aussi plus libres pour aider leurs consœurs lorsqu'elles ont un patient qui va mal.

Elles disent avoir maintenant plus de temps pour poser leurs questions aux médecins lorsqu'ils font leurs tournées. Cependant, elles ne remarquent pas de changement par rapport à l'enseignement qu'elles font à leurs patients.

Infirmière : « c'est fait de la même façon. Ce n'était pas sur les patients qu'on coupait, c'était sur nous autres, on finissait tard. »

Pour ce qui est du rôle de coordination, elles indiquent simplement aux PAB les tâches à exécuter.

Comme pour les unités précédentes, il n'y a pas eu d'impact sur la formation continue.

Sur l'unité 4, les infirmières disent passer plus de temps avec leurs patients, ce qui leur permet de mieux les connaître et d'être plus à l'écoute de leur famille . Selon l'infirmière bachelière : *« tu peux plus faire de la relation d'aide. »*

Elles peuvent aussi débiter leurs dossiers moins tard qu'auparavant. Cependant elles disent ne pas voir d'impact significatif sur l'enseignement qu'elles donnent à leurs patients.

Pour ce qui est du rôle de coordination, selon l'infirmière-chef, il n'est pas encore intégré par plusieurs infirmières de l'unité :

« ce ne sont pas toutes les infirmières qui prennent ce rôle-là. Ça je l'ai ramené et je l'ai redit, chaque infirmière est responsable de son patient donc c'est de coordonner des soins avec les PAB, c'est de faire un tout ».

La formation continue n'a pas augmenté, mais une des infirmières rencontrées considérait qu'il était maintenant plus facile de laisser l'unité pour pouvoir en suivre.

Conclusion :

Bien que la réorganisation du travail ne soit pas encore rendue au stade de requalification du travail des infirmières, il y a quand même un impact sur cette variable suite à l'ajout de PAB.

Contrairement aux résultats d'une étude semblable publiée en 1997 par Barter, McLaughlin et Thomas, selon laquelle les infirmières n'avaient pas eu de gain de temps à consacrer à leurs activités professionnelles étant donné qu'elles devaient passer beaucoup de temps à superviser le personnel d'assistance, dans notre étude de cas, les infirmières ont de façon générale plus de temps pour connaître leurs patients et pour compléter leurs dossiers, et ce, sur toutes les unités.

Pour ce qui est de l'enseignement, il y a eu une amélioration significative du temps qui est consacré à cette activité sur les unités 1 et 2, ce qui contraste avec les unités 3 et 4 qui n'ont pas connu de changements.

Du côté du rôle de coordination du travail des PAB par les infirmières, nous remarquons que les infirmières des unités 1 et 2 jouent davantage ce rôle que celles des deux autres unités. Ce résultat n'est pas surprenant car selon plusieurs auteurs (Krahpol et Larson, 1996 ; Huston, 1996) les infirmières ne sont pas préparées, de part leur formation, à superviser d'autres employés et manquent d'expertise en supervision et délégation.

Enfin, pour l'ensemble des unités, la quantité de formation continue suivie par les infirmières n'a pas changé. Cependant, ce résultat est fort probablement dû au fait qu'il n'y a pas eu d'augmentation budgétaire pour cette activité, car les infirmières des unités 1 et 4 considèrent qu'elles pourraient maintenant se libérer plus facilement pour aller suivre des capsules informatives.

Il est surprenant de constater qu'on n'a pas profité de cette réorganisation pour offrir davantage de formation aux infirmières, car les études démographiques (Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, 2000) sur les infirmières démontrent qu'avec les départs massifs à la retraite, il y a des pénuries de personnel en nombre et en qualité (expertise). La stabilité de la main-d'œuvre infirmière est difficile : à cause de la pénurie, elles migrent facilement d'un hôpital à un autre et le fait qu'elles soient jeunes a une conséquence sur le nombre de retraits préventifs et de congés de maternité. On aurait tendance à penser que, face à une telle

instabilité, l'accent serait davantage mis sur la formation des effectifs en place.

Krapohl et Larson (1996) avaient remarqué que, suite à l'ajout de personnel de soutien, les infirmières consacraient plus de temps aux soins indirects plutôt que d'augmenter les soins directs aux patients. Nos résultats démontrent que les infirmières consacrent effectivement plus de temps aux soins indirects tels que compléter les dossiers des patients. Cependant contrairement à ces auteurs, nous avons pu observer que les infirmières prennent aussi ce temps pour mieux connaître leurs patients.

5.3 La satisfaction au travail

Nous avons posé, en sous-hypothèse, que l'ajout de ressources influencerait positivement la satisfaction au travail des infirmières puisqu'elles pourraient passer plus de temps de qualité avec leurs patients et respecter leur horaire de travail.

Sur l'unité 1, les infirmières disent passer davantage de temps de qualité avec leurs patients et apprécient de pouvoir prendre le temps de répondre à leurs questions.

Infirmière bachelière : « si on peut voir un patient et passer un petit moment avec lui, il y a beaucoup d'aide autre que tout simplement technique qu'on apporte aux patients ».

Pour ce qui est de l'horaire de travail, les infirmières disent qu'en tant normal, lorsqu'elles n'ont pas de patients qui vont mal, leurs pauses sont moins écourtées et elles partent davantage à l'heure en fin de journée. Cependant, elles ne notent pas d'impact sur le temps supplémentaire car, lorsqu'elles doivent en faire c'est à cause d'une surcharge de tâches purement nursing qui ne pourraient pas être effectuées par les PAB.

L'infirmière de l'unité 2 rapporte sensiblement les mêmes constats que sur l'unité 1 sur la relation infirmière-patient et sur l'horaire de travail. Selon elle, les infirmières sont plus souriantes :

« quand tu as plein d'ouvrage et que tu n'arrêtes plus, les gens te posent des questions et tu leur réponds, mais ils te trouvent bête parce que tu leur réponds rapidement et que tu t'en vas parce que tu as d'autres choses à faire. Quand tu as moins d'ouvrage tu as plus le temps de leur répondre et les gens sont plus rassurés ».

Cependant, sur l'unité 3, même si les infirmières ne voient pas de différence dans leur relation avec les patients, elles disent pouvoir mieux respecter leur horaire de travail lorsqu'elles sont en équipe avec un bon PAB. L'impact sur l'horaire de travail est donc variable.

Il est intéressant de constater que sur cette unité, une infirmière nous disait qu'elle appréciait le fait que les PAB établissent régulièrement une relation

privilegiée avec des patients. Elle sait ainsi que le patient reçoit les besoins « relationnels » dont il a besoin, même si ce n'est pas elle qui les lui procure.

Les infirmières de l'unité 4 ne voient pas d'influence notable autant au niveau de la relation infirmière-patient que sur l'horaire de travail. Pour ce qui est de la relation infirmière-patient :

« il y a des journées qu'on a plus de temps, pis il y a des journées qu'on va avoir moins de temps. Ça dépend si là-dedans, dans tes patients, tu en as un qui est diabétique et que tu as de l'enseignement ».

Même situation pour l'horaire de travail, l'infirmière ne voyait aucun gain grâce à la présence des PAB:

« ce n'est pas eux-autres qui remplissent les dossiers et tout ça. Non, si moi je suis dans le jus parce que j'ai beaucoup de travail et que mes dossiers j'ai pas réussi à... Ça arrive dans l'après-midi que j'ai pas un dossier d'ouvert ben non ce n'est pas la PAB qui va faire mes affaires. »

Conclusion :

On note un impact positif significatif sur la satisfaction au travail pour les unités 1 et 2, alors qu'il n'y a pas d'impact notable sur les deux autres unités.

Nos résultats concordent avec ceux de Norrish et Rundall (2001) qui avaient observé que les infirmières pouvaient optimiser leur temps, et arrivaient donc

davantage à respecter leur horaire de travail. Cependant nous n'avons pas trouvé d'insatisfaction dans la relation infirmière-patient, au contraire, les infirmières disent passer davantage de temps de qualité avec ces derniers. Nous ne faisons pas face à une disparition du « travail relationnel et émotionnel (*tender loving care*) » tel que décrit par Lapointe *et al.* 2000.

Les infirmières apprécient fortement de pouvoir passer plus de temps auprès de leurs patients et d'avoir le sentiment de leur offrir de l'aide au-delà des actes techniques. Cette réalité contraste fortement avec un nouveau courant de pensée qui semble être adopté en gestion des soins infirmiers, courant auquel les gestionnaires sont très sensibles, et qui prône le renouvellement des soins vers un service très technique dénué de l'aspect affectif et émotionnel (T. Porter-O'-Grady, 2001). Ce courant considère que la relation d'aide est désormais désuète puisque avec les avancées technologiques, les soins sont maintenant très spécialisés, efficaces et de courte durée. Les patients passent donc le moins de temps possible à l'hôpital et reviennent rapidement à leur domicile, où leurs proches s'occupent d'eux.

Il est intéressant de noter que sur l'ensemble des répondants rencontrés, plusieurs infirmières nous ont fait part de leur désir d'aller travailler dans un milieu différent (CLSC, enseignement, etc.), cela confirme les constats du *Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière* (2001), selon lesquels plusieurs infirmières songent à réorienter leur carrière dans d'autres

secteurs d'activité. Les changements effectués ne sont donc pas assez pour leur enlever leur désir de quitter.

5.4 Le leadership

En se basant sur la théorie de Bernard Bass (1999), nous avons posé comme hypothèse, lors de l'instauration de notre cadre d'analyse que sur les unités où l'infirmière-chef est un leader transformationnel, l'impact de l'ajout de PAB serait plus marqué sur nos variables dépendantes que sur les unités où l'infirmière-chef est un leader transactionnel.

C'est donc ce que nous avons cherché à vérifier grâce à nos entrevues qui comprenaient plusieurs questions visant autant les caractéristiques des leaders transformationnels que transactionnels, et à l'utilisation du questionnaire développé par Quinn (1988). Le questionnaire visant à pouvoir caractériser chacune des infirmières-chefs selon l'un des deux types de leadership, l'entrevue ayant pour but de déceler le type de leadership et son influence à travers l'analyse de l'expérience vécue par chacun des trois acteurs.

Les résultats des questionnaires n'ont pas été concluants ; les cotes octroyées au travail des infirmières-chefs ne permettent pas de les distinguer les unes par rapport aux autres. Certains employés ont eu de la difficulté à

remplir les questionnaires, estimant qu'ils ne connaissaient pas assez en détail le travail de leur chef d'unité ; ils ont donc parfois sauté des questions et répondu un peu au hasard, ce qui remet en cause la validité de cet instrument de mesure pour notre étude. Nous avons donc travaillé à partir des résultats des entrevues pour étudier la variable du leadership. Nous avons sélectionné, pour chaque type de leadership, les quatre composantes qui ressortaient le plus dans les entrevues et qui faisaient référence aux rôles du modèle de Quinn.

Deux critères nous ont permis de sélectionner les dimensions retenues pour notre analyse du leadership. D'une part, l'approche de triangulation de notre méthodologie qui nous a permis de faire ressortir des dimensions perçues et mentionnées par les trois types d'intervenants ; d'autre part certaines dimensions nous permettaient davantage de comparer les infirmières-chefs les unes par rapport aux autres car nous avons, pour ces dimensions, autant d'informations pour chaque infirmière-chef.

- Pour le leadership transactionnel, nous avons exploré : la clarification des nouvelles responsabilités (rôle de directeur), l'instauration d'objectifs de productivité (rôle de directeur), l'ordre interne entre infirmières et PAB (rôle de coordonnateur), ainsi que l'évaluation et le suivi du projet (rôle de producteur).

Du côté du leadership transformationnel, nous nous sommes attardés sur : l'accessibilité et l'écoute de la chef de service (rôle de mentor), la promotion du travail d'équipe et la participation aux prises de décisions (rôle de facilitateur), l'instauration d'améliorations de processus en cours d'implantation du projet (rôle d'innovateur), et l'influence auprès des directions (rôle d'agent de liaison).

Ces éléments nous ont permis de vérifier à quel type de leadership s'apparentaient le plus les infirmières-chefs. Tel que vu précédemment dans la section sur la revue de la littérature, le leadership transactionnel peut se présenter sous trois formes : la gestion par exception (le gestionnaire prend des mesures correctrices lorsque l'employé n'atteint pas les standards), le leadership passif (le gestionnaire attend que les problèmes arrivent avant de les régler) et le laissez-faire (une forme de non-leadership) ; alors que le leadership transformationnel peut être reconnu sous une forme inspirationnelle (le gestionnaire a de hauts standards de performance et il est un exemple pour ses employés) ou sous la forme de stimulation intellectuelle (le gestionnaire est attentif aux besoins de développement de ses employés, il les encourage, les *coach* et délègue pour favoriser le développement).

Unité 1

Leadership transactionnel

Dans l'unité 1, les responsabilités du PAB étaient clairement inscrites sur une feuille et les infirmières étaient disponibles pour donner des explications aux nouveaux employés. L'infirmière-chef a rencontré personnellement les nouveaux PAB pour leur préciser le contenu des tâches à effectuer. La PAB interrogée nous a dit avoir été entraînée lors de son arrivée sur l'unité par une PAB experte.

Infirmière : « Ils ont fait un document qui explique quoi faire. Mettons qu'il y a une PAB qui vient remplacer, c'est sa première fois ici alors elle a sa feuille, les tâches qu'elle doit faire, pis on leur dit aussi les choses principales. »

L'objectif de productivité qui avait été fixé était de décharger les infirmières, il n'y avait pas d'objectif quantitatif, par exemple en nombre de tâches à effectuer.

Infirmière-chef : « l'objectif c'était que les tâches d'infirmière demeurent à l'infirmière et que les tâches, comme je vous dis, d'installer la bassine, d'enlever la bassine, de faire les dosages [...] des choses qui ne sont pas un acte professionnel de l'infirmière, qui pouvaient être données à un autre titre d'emploi, en conséquence la PAB de nuit, c'était vraiment.. L'objectif c'était de dégager pour que l'infirmière puisse se concentrer sur ses tâches. »

Afin d'assurer une bonne coopération entre les infirmières et les PAB, l'infirmière-chef leur a laissé le temps de s'adapter au nouveau contexte de

travail et leur a fourni le support de son assistante pour que les infirmières puissent apprendre à déléguer :

« Je pense que c'est avec le temps [...] ou l'assistante de nuit qui est souvent sollicité pour aider tout le monde, je pense qu'elle a souvent dû répéter : demande à la PAB, ça c'est quelque chose que la PAB peut faire ».

L'infirmière-chef de l'unité a fait une évaluation du projet de façon informelle en discutant avec les infirmières de son unité.

Infirmière : « il n'y a pas eu de rencontre pour dire : bon ça fait six mois que vous avez eu une PAB, et puis qu'est-ce qui a changé ? [...] On lui a dit : on est contentes d'avoir des PAB. C'était informel et individuel. »

Nous avons aussi observé que l'infirmière-chef procédait à un suivi régulier avec le PAB à son arrivée sur l'unité.

PAB : « Au début plus, maintenant non, au début plus. Maintenant on va la voir plutôt le matin pis elle nous demande comment ça va, il y a tu des choses à changer, à améliorer ? Elle est quand même assez ouverte, ça a bien été. »

Leadership transformationnel

Les employés de l'unité nous ont mentionné que, tout au long du projet, l'infirmière-chef était accessible pour discuter avec eux afin de réajuster les méthodes et les charges de travail.

PAB : « surtout au niveau de la quantité de tâches, pour le PAB de nuit il a fallu s'ajuster un peu parce qu'ils lui en avaient mis beaucoup, surtout pour l'entretien. C'était presque un poste d'entretien ménager. »

Mais on s'est ajusté avec le chef de service pour ça, et aussi pour avoir plus de temps pour aider les infirmières. »

Le succès de la réorganisation repose en partie sur le fait qu'il y avait déjà une très bonne collaboration sur l'unité, ambiance que l'infirmière-chef a su maintenir :

Infirmière : « Ça a très bien été parce que toutes les infirmières avaient déjà travaillé avec des PAB, ce n'était pas, disons, un élément nouveau dans notre vie, dans le sens que c'était nouveau sur le département la nuit, mais on avait déjà toutes travaillé avec des PAB donc il n'y a pas eu de heurt. »

La PAB dit se sentir plus un membre de l'équipe que sur les autres départements où elle a travaillé précédemment :

« Il y a un bon esprit d'équipe. Par exemple, quand il y a une admission ou une chose comme ça, s'il y en a une qui a moins de choses à faire elle va aider à monter le dossier ou ... plus que là où j'ai travaillé avant. On se sent plus dans l'équipe en tout cas ».

Pour ce qui est de la participation aux prises de décisions, l'infirmière-chef avait impliqué les infirmières dans la composition des tâches du PAB avant qu'il arrive sur l'unité.

PAB : « La chef de service a demandé aux infirmières qui étaient en place de dire, par exemple : qu'est-ce que vous aimeriez que le PAB fasse pour vous ou qui vous aiderait ou qui allégerait votre tâche ? »

Pour ce qui est de l'influence auprès des directions, l'infirmière-chef n'a pas eu besoin d'avoir du support de leur part.

Nous constatons que la principale force qu'a eu l'infirmière-chef est d'avoir réussi à maintenir le bon climat de travail et la collaboration qui étaient présents sur l'unité. Elle était accessible et à l'écoute de ses employés, a encadré et suivi la PAB dès son arrivée et a fait un suivi régulier de son intégration. Elle a revu avec la PAB les tâches que cette dernière effectuait et en réajustant les tâches ménagères, elle lui a permis d'être plus disponible pour les infirmières. Elle a donc été une stimulation intellectuelle pour son équipe, trait du leadership transformationnel.

Unité 2 :

Leadership transactionnel

Pour déterminer les objectifs et les nouvelles responsabilités, des rencontres d'information et de consultation avaient été organisées pour le personnel de l'unité.

Infirmière-chef : « les employés de chaque quart de travail ont été rencontrés pour leur parler du projet. Il a fallu leur présenter de façon générale. C'est beau d'ajouter une ressource, mais il faut savoir quoi en faire. »

Du côté du PAB, comme il est celui qui a été ajouté sur l'unité, c'est l'infirmière-chef qui lui a appris ses nouvelles responsabilités à son arrivée sur l'unité.

PAB : « Le chef de service quand on rentre ici il nous dit ce qu'il y a à faire en général. »

Pour ce qui est des objectifs de productivité, l'infirmière-chef devait rester dans ses ratios de personnel.

Infirmière-chef : « on a des objectifs de productivité, on a des ratios, on a à contrôler nos ratios, on a des objectifs de productivité à atteindre, on réussit à les atteindre la majorité du temps. »

De son côté, l'infirmière-bachelière nous a confirmé :

« l'objectif c'était que ça allège le travail des infirmières, pis si tu regardes ça, c'est réussi. »

Afin d'avoir un milieu de travail propice à l'instauration d'une collaboration infirmière-PAB, l'infirmière-chef est intervenue auprès de la direction pour qu'on établisse des ententes afin qu'il y ait une stabilité de personnel pour les premiers temps.

Infirmière-chef : « il y a eu une entente avec la DRH pour dire on est l'unité pilote, si on veut que ça fonctionne bien on ne fait pas de changements de personnel, il n'y a pas d'affichage de poste, donnez-nous jusqu'en septembre et en septembre, là les titulaires des postes pourront arriver. Mais d'ici ce temps-là, on ne fait pas de changements, on permet à l'équipe d'évoluer ensemble, de développer des façons de faire parce qu'il fallait garder en tête que le personnel devait se l'approprier. S'il ne s'appropriait pas le projet, on était voué à l'échec au départ. »

Parallèlement à cette stabilisation du personnel, dès le début du projet une organisation du travail avait été faite pour faciliter le mode de fonctionnement.

Infirmière-chef : « on a dit : je vous rajoute un PAB de plus, voici son nouveau rôle, quelques tâches différents ou sont ajoutées à ce qu'il fait

actuellement et maintenant on doit s'assurer d'un mode de fonctionnement, alors il y a eu une répartition des patients qui sont faits par PAB, un jumelage avec des infirmières, c'est-à-dire tu as un PAB, s'il y a six infirmières sur le bloc, un PAB va prendre trois infirmière et l'autre PAB va en prendre trois infirmières, dépendamment de la clientèle [...] il y a une évaluation par l'assistante et les PAB le matin qui est faite et il y a un jumelage avec les infirmières, et là le rapport est donné de l'infirmière au PAB. »

Une évaluation formelle du projet a été faite de façon régulière lors de l'implantation par l'infirmière-chef, en étroite collaboration avec la Direction des soins infirmiers (DSI).

Infirmière-chef : « tout le long, peut-être parce qu'on était l'unité pilote [...] il y a eu une grande collaboration avec la DSI, la chargée de projet, la monitrice. Il y a eu l'implantation et l'évaluation s'est faite dans le même mouvement de collégialité, de collaboration ensemble, fait que oui, ça été fait avec la DSI à ce niveau-là. »

Leadership transformationnel

L'infirmière-chef a eu l'occasion de constater que ses PAB et ses infirmières étaient contents de cette nouvelle organisation du travail :

« à plusieurs reprises on a posé la question, on l'a posée durant l'implantation, on l'a posée après l'implantation, on l'a reposée au printemps cette année, un an après l'implantation, et de façon générale oui, les deux titres d'emploi sont satisfaits, que ce soit les infirmières ou les PAB. Les PAB, eux, se sentent beaucoup plus valorisés, ils sont contents de travailler en collaboration avec les infirmières et c'est la première chose qu'on nous dit [...] on fait partie de l'équipe, on n'est plus des exécutants, on n'est plus juste des plieux de linge [...] on travaille auprès des patients, alors oui les PAB sont satisfaits. Et les infirmières, oui, elles sont satisfaites parce qu'elles réalisent qu'un PAB bien formé est capable de faire l'ingesta-excreta, il

est capable de ramener à l'infirmière de l'information [...], fait que oui il y a une collaboration qui s'est installée, et en général les gens sont satisfaits ».

De leur côté, les infirmières et PAB peuvent aller voir leur infirmière-chef lorsqu'ils veulent régler un problème ou améliorer une situation.

PAB : « moi à chaque fois que je vais lui parler elle prend le temps de m'écouter. [...] c'est sûr qu'elle ne peut pas tout faire du jour au lendemain »

Au cours de l'instauration du projet, les commentaires des employés étaient reçus et pris en considération.

Infirmière-chef : « vu qu'on était l'unité pilote, l'équipe d'implantation était à l'affût de tout ça, alors tous les commentaires étaient les bienvenus, étaient reçus, étaient notés et on s'ajustait au fur et à mesure. »

Cependant, l'infirmière bachelière pense que la consultation qui avait été faite est, comme la plupart des autres consultations, effectuée davantage pour la forme :

« ils nous consultent mais on sait qu'ils ont déjà prévu un scénario d'avance, leur idée de changement est déjà faite et c'est ça qui va se passer. Souvent, c'est fait malheureusement avec des gens qui ne travaillent plus depuis un certain temps sur les unités et c'est mal fait, et il y a bien des lacunes à bien des niveaux, ça je peux le dire ».

Afin de promouvoir le travail d'équipe, l'infirmière-chef nous a dit avoir rencontré ses employés à plusieurs reprises au début du projet et instauré un mode de fonctionnement avec un échange de rapports entre les PAB et les infirmières.

« il faut que les gens se parlent et ça n'a pas été facile. C'est arrivé souvent que les gens venaient me voir et me disaient : j'ai pas eu de rapport aujourd'hui [...], c'était pas de la mauvaise fois mais il a fallu ramener régulièrement le rapport sur le tapis et au printemps [...] le rapport a été revu sous forme écrite. Alors maintenant il y a un rapport écrit, une feuille de route qu'on appelle, que le PAB de jour rempli et que le PAB de soir continue. [...] Ça, ça a été un cheminement, un ajustement qu'on a eu à faire en cours de route ».

L'infirmière-chef nous a dit avoir beaucoup travaillé avec les différentes directions pour une implantation optimale du projet, car son unité était le site pilote pour l'hôpital :

« on était le projet pilote, [l'unité] était l'unité pilote, alors c'est ici qu'on a démarré le projet, ce qui fait qu'on a eu tout le support durant l'implantation, les premières semaines, les premiers mois, tout a été suivi de près ».

Nous avons constaté que l'infirmière-chef de l'unité 2 est celle qui a travaillé le plus en collaboration avec les différentes directions. Elle a instauré un système de jumelage favorisant le travail d'équipe entre les PAB et les infirmières. Aidée par les directions, parce que son unité était le site pilote, elle a pu avoir des conditions gagnantes au niveau de la stabilité des PAB. D'une façon différente de la chef d'unité de l'unité 1, elle a été une stimulation intellectuelle pour son équipe, instaurant de nouvelles visions et procédures avec succès. Nous pouvons dire que son leadership est davantage de type transformationnel.

L'organisation du travail sur cette unité est très intéressante. Potter et Grant (2004) ont trouvé que l'efficacité du travail en équipe dépend directement de

la relation entre le personnel de soutien aux soins et les infirmières, et que cette relation est directement influencée par la façon dont le personnel de soutien est assigné aux infirmières.

Toujours selon Potter et Grant (2004), lorsque le personnel de soutien aux soins n'est pas jumelé avec une infirmière, l'impression de non-collaboration ressentie par les infirmières peut être faussée car la personne qui doit travailler pour plusieurs infirmières ne peut pas être disponible pour chacune au même moment, ce qui donne une impression de manque d'initiative. De la même manière, un membre du personnel de soutien aux soins qui doit travailler avec diverses infirmières apprend les tâches qu'il a à effectuer, mais n'a pas l'opportunité d'apprendre comment chacune d'elles fonctionne.

Dans notre contexte, il est irréaliste de penser avoir un PAB par infirmière, mais le simple fait de faire des équipes de travail stables par le biais du jumelage peut déjà grandement augmenter les chances d'avoir une bonne collaboration entre PAB et infirmières.

Unité 3

Sur l'unité 3, l'infirmière-chef et les employés nous ont donné des réponses contradictoires pour les questions touchant le leadership.

Leadership transactionnel

Dans le but de clarifier les nouvelles responsabilités, l'infirmière-chef nous a dit avoir organisé de nombreuses rencontres de travail. Cependant, aucun membre du personnel rencontré n'y avait participé. Les infirmières et le PAB rencontrés sur l'unité nous ont dit les avoir apprises autrement.

Infirmière : « moi c'est de bouche-à-oreille, comme ça là, c'est les filles qui m'ont dit qu'il y aurait deux PAB maintenant là, pour nous soulager dans notre travail. »

Pour ce qui est des objectifs de productivité, l'infirmière-chef avait des ratios de personnel à surveiller pour son unité :

« Il fallait que je reste dans mes ratios de productivité même si on ajoutait un PAB. Ça, ça signifiait qu'il fallait qu'il y ait moins d'infirmières. Ben pour le même nombre d'heures-soins, le même nombre de personnes en place, il fallait que j'arrive. Fait que si j'ajoutais un PAB ça voulait dire qu'il fallait que j'en enlève quelque part. ».

Du côté des infirmières et des PAB, l'objectif principal du projet était d'alléger la tâche de l'infirmière.

L'infirmière-chef nous a dit avoir posé plusieurs actions afin que le travail d'équipe se fasse correctement dans l'unité. Elle a travaillé autant sur l'autonomie des PAB que sur l'organisation du travail sur l'unité :

« On a travaillé beaucoup avec les PAB pour qu'ils s'imposent, pour qu'ils aillent voir les infirmières à chaque matin et disent : moi j'ai tel ou tel patient, il y a tu des choses que tu veux que je fasse dans ça ?... Pour que le PAB se prenne en charge aussi et que ce ne soit pas toujours l'infirmière qui dise : j'ai besoin de toi, j'ai besoin de toi ».

L'infirmière-chef nous a dit avoir fait des rencontres de travail pour déterminer comment le travail allait être organisé sur l'unité :

« J'ai rencontré mes équipes d'infirmières pour voir comment elles voulaient travailler. [...] On a essayé différentes façons de faire, on a assigné des infirmières directement avec des PAB et finalement bon, en équipe, on a décidé que c'était mieux d'assigner des chambres aux PAB [...] et les infirmières ont été rencontrées avec la grille des tâches des PAB. »

Cependant, les actions posées par l'infirmière-chef semblent être passées inaperçues auprès des infirmières ; elles nous ont plutôt fait mention des nombreuses difficultés qu'elles avaient avec certains PAB qui n'étaient pas toujours efficaces.

Infirmière bachelière : « on dirait des fois que les PAB ne savent pas tout ce qu'ils ont à faire. Il y en a qui tournent en rond, il y en a qui n'ont pas l'air de savoir quoi faire. »

L'infirmière-chef nous a révélé qu'une évaluation officielle des résultats avait été faite, mais que celle-ci n'avait pas été effectuée dans des conditions optimales.

« Il y a eu un questionnaire qui a été passé aux infirmières et aux PAB [...] ça demandait : comment voyez vous votre travail changer, est-ce que c'est une amélioration ou pas ? Bon le taux de réponse n'a pas été très, très fort au questionnaire, c'est parce que ça n'a pas été sollicité par personne, bon il était mis sur la table et il fallait que les gens le prennent. ».

De leur côté, l'infirmière bachelière et le PAB nous ont davantage parlé d'un suivi informel.

PAB : « moi, j'oriente d'autres filles, là elle me demande : ça va-tu ? Ça va pas ? Il y a-tu des choses à améliorer avec les autres filles ? »

Leadership transformationnel

D'un point de vue transformationnel, certaines réponses de l'infirmière-chef laissent croire qu'elle a de l'empathie pour son équipe :

« il y en a eu des problèmes avec des gens qui sont arrivés. J'en ai refusés durant leur période d'initiation et d'essai, j'en ai refusés. Mais ça demande beaucoup d'énergie de la part des infirmières parce qu'il faut qu'elles m'apportent des faits : je lui ai demandé ça... »

Cependant, selon l'infirmière bachelière, les infirmières de l'unité ont plutôt tendance à avoir des discussions de corridors lorsqu'elles ne sont pas contentes d'une situation que d'aller en parler à leur chef de service. Selon elle, elles peuvent discuter de leurs problèmes avec l'infirmière-chef mais les choses ne changent pas.

Infirmière : « je vais te dire que quand on a des problèmes on lui en parle mais ça ne change pas grand chose, parce que ça ne change

pas sur le département. Ça dépend des PAB qu'on a aussi, ce n'est pas toujours pareil. ».

Pour ce qui est de l'implication du personnel dans le projet, l'infirmière-chef rapporte avoir fait participer les employés dans l'instauration du changement :

« on en discutait avec nos équipes, on disait : ben si on rajoute un PAB, comment vous voyez ça ?? Bon on en discutait et finalement, la décision a été prise que oui, on le partait le projet et on embarquait avec les autres unités qui rajoutaient des PAB et ça a vraiment été très graduel. ».

De leur côté, les membres du personnel rencontrés disent ne pas avoir été consultés et sont sceptiques face aux méthodes de consultation.

Infirmière bachelière : « La plupart du temps, il me semble qu'il y a une décision qui est prise et ils essaient de nous embarquer dedans, c'est l'impression que j'ai. »

Les infirmières ne voient pas de solutions apportées par l'infirmière-chef pour les problèmes qu'elles vivent avec les PAB.

Infirmière bachelière : « il y en auraient qui auraient du être faites, mais il me semble qu'il n'y a pas rien qui a été fait. »

Pour ce qui est des relations avec la direction, l'infirmière-chef dit avoir travaillé avec les différentes directions :

« les gens qui venaient faire la supervision des PAB, c'était des gens de la DSI et j'ai travaillé avec la DRH quand j'ai eu mes cas problème ; il fallait que je m'assure que j'étais correcte de mettre fin aux périodes d'initiation et d'essai, fait que c'est sûr que j'ai travaillé avec la DRH et la DSI. ».

L'infirmière-chef de l'unité 3, contrairement à celle de l'unité 2, n'a pas réussi à instaurer une organisation du travail établissant un bon travail d'équipe et un esprit de collaboration et ceci malgré de nombreux essais et rencontres avec ses employés. Son personnel semble sceptique face aux actions qu'elle a posées et, souvent, n'en fait même pas mention. Alors que la chef de l'unité 2 avait très bien encadré ses PAB dès leur arrivée, ceux de l'unité 3 n'ont pas reçu autant de suivi. Ce leadership s'apparente davantage aux leaderships passif et par exception de la branche transactionnelle. Contrairement aux deux premières unités, l'infirmière-chef de l'unité 3 n'a pas transmis de vision à ses employés.

Nous avons remarqué que la collaboration entre les employés est une condition de succès du projet. Lorsque l'esprit d'équipe est très bon sur l'unité, le travail est facilité pour l'infirmière-chef. Cependant, lorsque les relations sont tendues sur l'unité, c'est un défi additionnel pour l'infirmière-chef qui doit trouver le moyen de faire émerger un climat de coopération. Nous constatons que certaines organisations du travail peuvent aider à améliorer la collaboration. Par exemple, le jumelage des PAB avec les infirmières a donné de très bons résultats sur l'unité 2.

Unité 4

Leadership transactionnel

Les infirmières disent avoir appris les objectifs du projet et les nouvelles responsabilités par la chef de service lors de réunions, alors que le PAB les a appris en participant à un comité d'étude :

« Il y avait eu un comité avant que ça ait commencé pour savoir c'était quoi vraiment les attentes, savoir comment et où ils en avaient besoin et où ils en avaient pas besoin. ».

Pour ce qui est des objectifs de productivité à atteindre sur l'unité, l'infirmière-chef nous a dit ne pas en avoir par rapport à ce projet. Du côté des infirmières et du PAB, ils pensent que l'objectif était d'alléger la tâche de l'infirmière.

Selon l'infirmière-chef et les infirmières, il existe des problèmes de collaboration entre les employés de l'unité. L'infirmière-chef croit qu'un obstacle au travail d'équipe est le manque de formation des PAB :

« il y a eu quelques difficultés avec les employés parce que c'était pas nécessairement des employés qui avaient une formation comme PAB. Donc cet aspect-là n'aidait pas. Si ça avait été des gens qui avaient été formés, qui auraient eu à la base une formation de PAB, ça aurait aidé beaucoup. ».

Par rapport aux problèmes de collaboration entre les employés de l'unité, l'infirmière-chef dit avoir fait quelques interventions :

« c'est arrivé oui, que j'aie eu à dire des choses. Ça fonctionnait, ça fonctionnait pas... Oui j'ai fait quelques interventions ».

Selon une des infirmières rencontrées :

« notre chef de service elle parle, elle les rencontre, et s'il y a quelque chose elle le dit ».

Mais il ne semble pas y avoir eu de résultats concrets.

Il n'y a pas d'évaluation formelle du projet qui a été faite ; l'infirmière-chef a effectué un suivi informel auprès de ses employés.

PAB : « elle demandait comment, si on fonctionnait bien et tout le kit, ça n'a pas été très... Elle a été à l'écoute aussi j'imagine, elle voit bien... »

Leadership transformationnel

D'un point de vue transformationnel, lorsque l'infirmière-chef nous a indiqué quel était son objectif de carrière, elle a démontré de l'empathie envers ses employés :

« faire mon travail le mieux possible et que les gens soient heureux de venir travailler sur les unités où je suis. ».

De leur côté, les infirmières disent pouvoir aller voir l'infirmière-chef lorsqu'il y a un problème au sein de l'unité :

« s'il se passe quelque chose qui n'est pas correct, on lui en parle ».

Par rapport à la participation dans les prises de décisions et au partage d'idées, l'infirmière-chef dit que les employés viennent la voir lorsqu'il y a un problème, ce qui est confirmé par les infirmières.

Infirmière : « on s'en parle entre nous autres. Il y a déjà eu, en tout cas il est supposé avoir une réunion aussi pour éclaircir les choses, qui n'a pas encore été faite. Quand il y a quelque chose qui ne va pas, on le dit à la chef. »

Pour ce qui est de la consultation des employés avant l'instauration du projet, une des deux infirmières dit avoir été consultée sur le sujet :

« on a fait des réunions pour savoir qu'est-ce qu'on pourrait faire, tu sais quelles tâches ils pourraient avoir ».

Au moment de l'étude, l'esprit d'équipe n'était pas une force de l'unité selon les infirmières et le PAB.

Infirmière : « ces temps-ci c'est pas fort, il y a beaucoup de filles qui sont parties en congé de maladie, en congé de maternité, donc l'équipe a tout changé [...] se refaire une équipe c'est difficile et je pense qu'il y a des mésententes et tout ça entre les infirmières [...] je sais que notre chef voulait faire une réunion avec tout le monde pour parler de tout ça ».

Du point de vue de l'instauration d'améliorations de processus, l'infirmière-chef croit que faire suivre de la formation aux PAB pourrait améliorer la confiance des infirmières envers ces derniers. Cependant, elle n'a pas mis ce constat à exécution. En parlant des besoins de formation, l'infirmière-chef mentionne :

« les infirmières aussi, si tu mets qu'est-ce que le PAB peut faire et le jeu de confiance entre les PAB, oui, il y a du travail qui pourrait être fait. ».

Dans l'unité 4, le climat de travail n'était pas très bon et l'infirmière-chef n'a pas su l'améliorer. Elle a fait moins de suivi du projet que les autres et il ne semble pas y avoir eu d'interventions pour régler les problèmes qui pouvaient exister entre les PAB et les infirmières afin d'améliorer la relation de confiance. Par exemple, le manque de formation des PAB est souvent revenu comme une cause de mécontentement lors des entrevues, mais le problème n'a pas été réglé. Le leadership rencontré s'apparente davantage au laissez-faire transactionnel.

Le suivi des résultats d'intégration du PAB est important pour le succès du projet, car si cette étape est ratée ou non faite par l'infirmière-chef, les bases nécessaires à la réussite du projet ne sont pas là. Dans les unités 3 et 4, nous avons souvent eu comme commentaire que les résultats dépendaient du PAB ; son intégration et son évaluation sont donc très importantes. Ce n'est pas une étape qui semble avoir été faite par l'infirmière-chef de l'unité 4.

Conclusion

Suite à l'analyse des entrevues, nous constatons que les infirmières-chefs des unités 1 et 2 ont joué un rôle impliquant davantage de leadership

transformationnel, alors que les infirmières-chefs des unités 3 et 4 ont davantage présentées un leadership de type transactionnel.

Notre hypothèse de départ est donc en partie confirmée : l'analyse des résultats a démontré que l'ajout de PAB a eu un impact positif beaucoup plus marqué sur deux des quatre unités analysées. En effet, nous avons observé des résultats significativement meilleurs sur les unités 1 et 2 pour le transfert des soins *non-nursing*, la requalification et la satisfaction au travail des infirmières. Sur les unités 3 et 4, ce n'est que sur la variable des soins non-nursing qu'il y a eu un impact modéré. L'impact de l'ajout de préposés aux bénéficiaires a donc été plus importants sur les unités où les infirmières-chefs avaient un style de leadership transformationnel.

6 CONCLUSION

Dans les quatre unités étudiées, la réorganisation du travail a eu un impact sur les trois dimensions du travail des infirmières que nous avons explorées. Cependant, l'effet a été plus marqué sur les unités 1 et 2.

Pour ce qui est de l'évolution des soins non infirmiers, nous avons remarqué un transfert des tâches sur toutes les unités, mais des résultats plus significatifs sur les unités 1 et 2. Certains facteurs viennent atténuer le transfert, notamment le type de patients présents sur l'unité, la disponibilité des PAB et la qualité de leur travail. Nous avons remarqué une grande différence de compétences parmi ces derniers. Nous voyons deux pistes de solutions pour cette problématique : d'une part, réviser les exigences de sélection et, d'autre part, accroître les responsabilités professionnelles des PAB. D'un point de vue éthique, présentement, l'infirmière est imputable de ses patients même si les PAB leur apportent des soins. On pourrait songer à instaurer un ordre professionnel pour les PAB qui fixerait des balises de pratiques et de formation ; le manque de formation est particulièrement alarmant lorsque l'on pense que le travail des PAB peut mettre en péril la santé des patients.

Contrairement aux conclusions de Lapointe *et al.* (2000), qui n'avaient pas observé au CHUQ une « évolution à l'américaine » où le travail des

infirmières est divisé pour faire faire les soins non-nursing à d'autres types de personnel, nous faisons ici face à une approche de « re-division du travail infirmier ». Lorsque certaines infirmières-chefs nous mentionnent qu'elles doivent rester dans leur ratio de personnel, incluant les préposés aux bénéficiaires, cela implique que leur unité fonctionne avec moins d'infirmières. C'est donc, d'une part, plus facile de composer avec la pénurie, et d'autre part, moins coûteux, car c'est un titre d'emploi ayant une rémunération inférieure à celle des infirmières. Il est intéressant de faire un lien avec le retour des infirmières-auxiliaires qui avaient pratiquement disparu des unités de soins.

Pour ce qui est de la requalification, nous avons constaté que, généralement, les infirmières avaient plus de temps à consacrer à compléter leurs dossiers et à connaître leurs patients. L'enseignement aux patients est plus facile sur les unités 1 et 2. Pour ce qui est de la coordination du travail des PAB par les infirmières, le rôle est davantage intégré sur les unités 1 et 2 ; il faut noter que, généralement, les infirmières ne sont pas préparées par leur formation à superviser du personnel. Du côté de la formation, bien que les infirmières des unités 1 et 4 considèrent qu'elles peuvent maintenant se libérer plus facilement pour aller suivre des capsules informatives, il n'y a pas eu d'augmentation budgétaire pour cette fonction.

Pour ce qui est de la satisfaction au travail, l'impact a été significatif sur les unités 1 et 2. Comme nous le prévoyions dans nos hypothèses de départ, les

infirmières ont maintenant plus de facilité à respecter leur horaire de travail. Cependant, contrairement à ce que nous avons prévu, leurs relations avec les patients se trouvent améliorées par l'ajout de PAB : elles disent passer davantage de temps de qualité avec leurs patients. On constate que les infirmières apprécient jouer un rôle relationnel (*tender loving care*) auprès de leurs patients ; cela contraste avec certains nouveaux courants de pensée en gestion des soins infirmiers selon lesquels les soins modernes doivent être orientés vers un service technique dénué de l'aspect affectif et émotionnel.

Du côté du leadership, notre hypothèse principale, basée sur la théorie de Bernard Bass, prévoyait que les résultats seraient meilleurs dans les unités ayant une infirmière-chef avec un style de leadership plus transformationnel que transactionnel. Le questionnaire développé par Quinn que nous avons administré aux répondants ne nous a pas donné de résultats fiables. Cependant, en étudiant les réponses obtenues aux entrevues, nous avons pu faire ressortir certaines des forces et faiblesses des infirmières-chefs qui ont influencé le bon déroulement de la réorganisation. En nous basant sur la théorie de Bass, nous pouvons faire des rapprochements entre les forces et faiblesses des infirmières-chefs et le leadership.

Nous constatons que ce sont les infirmières-chefs des unités 1 et 2 qui ont joué un rôle impliquant davantage de leadership transformationnel, contrairement aux gestionnaires des unités 3 et 4, dont le leadership s'apparente davantage au type transactionnel.

Notre hypothèse de départ est en partie confirmée : l'analyse des résultats a démontré que l'ajout de PAB a eu un impact positif beaucoup plus marqué sur deux des quatre unités analysées. Nous avons observé des résultats significativement meilleurs sur les unités 1 et 2 pour le transfert des soins *non-nursing*, la requalification et la satisfaction au travail des infirmières. Sur les unités 3 et 4, ce n'est que sur la variable des soins non-nursing qu'il y a eu un impact modéré.

Nos résultats confirment le lien positif établi par plusieurs auteurs entre la satisfaction professionnelle des travailleurs et le leadership transformationnel de leur supérieur (Schermerhorn *et al.*, 2002). En effet, sur les unités 1 et 2, les infirmières-chefs ont un style de leadership davantage transformationnel et leurs employés nous ont signifié une plus grande satisfaction au travail.

L'organisation du travail est aussi apparue comme un facteur important pour la bonne collaboration infirmières-PAB, ce que nous avons pu constater pour l'unité 2.

Il n'est pas étonnant que nous ayons deux unités sur quatre qui aient connu de meilleurs résultats dans leur réorganisation du travail, car dans la littérature on rapporte un taux d'échec très élevé se situant entre 50 et 70 % (Sutcliffe, 1999 ; Cornet, 1998 ; Roy *et al.*, 1996). Généralement, les causes d'échec se rapportent au manque de leadership transformationnel des

gestionnaires, c'est ce qui a été confirmé par notre étude de cas, d'où l'importance d'avoir des leaders qui jouent ce rôle.

Il est important de noter qu'il existe d'importantes différences entre le contexte manufacturier, où la majorité des études de réorganisation du travail sont réalisées, et le secteur de la santé. Le milieu de la santé fait face à davantage de facteurs humains et à une imprévisibilité accrue. Contrairement à des ouvriers qui travaillent avec une demande de production pour un produit donné, les infirmières travaillent avec des patients dont l'état de santé peut varier d'un jour à l'autre, mais aussi d'une minute à l'autre. C'est donc beaucoup plus complexe de donner des objectifs de productivité lors d'une réorganisation. De plus, le modèle de Quinn fait référence à diverses catégories de leadership, mais ne fait pas mention du non-leadership qui peut caractériser certains gestionnaires.

En tenant compte du haut taux de roulement des infirmières-chefs et de leur charge de travail importante, on peut dire que celles responsables des unités 3 et 4 auraient peut-être pu connaître davantage de réussite sur leur unité si elles avaient eu le loisir de jouer ce rôle auprès de leur personnel.

Alors qu'on rencontrait des résultats assez différents selon les unités, l'ensemble des répondants rencontrés, tant au niveau du personnel que des infirmières-chefs, ne connaissaient pas les résultats de la réorganisation dans les autres unités. Dans un contexte où les résultats étaient si différents, il

aurait été profitable qu'il y ait des discussions afin que les chefs d'unités partagent leurs expériences, bonnes et mauvaises, pour faire profiter les autres de leurs bons coups et éviter de répéter les mêmes expériences lorsque moins concluantes. Cette faille au niveau de la communication provient du manque de temps qu'ont les infirmières-chefs pour les échanges ; un investissement dans les échanges pourrait donc être rentable.

Notre étude de cas tire ses forces de sa méthodologie. En effet, en ayant rencontré divers corps d'emploi travaillant sur une même unité, nous avons pu valider les informations qui nous étaient données en ayant des éclairages différents sur les mêmes aspects évalués. Ce type d'analyse triangulaire est important dans une étude portant sur le leadership, car on contourne ainsi la subjectivité du gestionnaire face à la perception de sa propre influence.

Le réseau de la santé du Québec fait présentement face à un tournant important. Pris entre des contraintes budgétaires, une importante transition sociodémographique et épidémiologique, il doit composer avec d'importantes pénuries de personnel et continuer à offrir le meilleur service possible à la population. L'organisation du travail est donc au cœur des préoccupations, car les hôpitaux se doivent d'être efficaces et efficients avec les ressources disponibles, d'où l'importance d'étudier les différentes réorganisations qui se font dans le réseau de la santé, tel que nous nous avons effectué dans ce mémoire de recherche.

7 BIBLIOGRAPHIE

BARTER Marjorie, McLaughlin Frank E. et Thomas Sue A., Registered Nurse Role Changes and Satisfaction with Unlicensed Assistive Personnel, Journal of nursing administration, 2000, Volume 27, N. 1, p. 29-38.

BASS Bernard, 1999, Two decades of reaserch and development in transformational leadership, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, Vol. 8, N°1, p.9.

BOURBONNAIS Renée, Monique Comeau, Chantal Viens, Chantal Brisson, Denis Laliberté, Romaine Malenfant et Michel Vézina, 1999, La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé, *Santé mentale au Québec*, Vol. 24, N°1, p. 136-153.

BOURBONNAIS Renée et Al., 2000, Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec, *Rapport de recherche, Équipe RIPOST, Université Laval et Direction de la santé publique de Québec, CLSC Haute-Ville, Québec*.

CARLESS Sally A., 2001, Assessing the discriminant validity of the Leadership practices inventory, Short research note, *Journal of occupational and Organizational Psychology*, Vol. 74, p. 233-239.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, 2000, Rapport et recommandations. Les solutions émergeantes, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 410.

CORNET Annie, 1998, *Reengineering : un défi pour les professionnels des ressources humaines ?*, Gestion 2000, mai-juin 1998, p. 53-76.

EISENBACH Regina, Kathleen Watson et Rajnandini Pillai, 1999, Transformational leadership in the context of organizational change, *Journal of organizational change management*, Vol. 12, N°2, p. 80-88.

GREENGRASS Esther R. et Ronald J. Burke, 2001, Impact of restructuring scale : an instrument to measure effects of hospital restructuring, *Healthcare Management Forum*, Vol. 14, N°3, p. 24-28.

HUSTON Carol L., 1996, Unlicensed assistive personnel : a solution to dwindling headline care resources or the precursor to the apocalypse of registered nursing ?, *Nursing Outlook*, Vol 44, , N°2, p. 67-73.

KRAPOHL Greta L. et Elaine Larson, 1996, The impact of assistive personnel on nursing care delivery, *Nursing economics*, Vol. 14, N°2, p. 99-110.

KRUGMAN Mary et Gayle Preheim, 1999, Longitudinal evaluation of professional nursing practice redesign, *Journal of nursing administration*, Vol. 19, N°5, p. 10-20.

LAPOINTE Paul-André, Malie Chayer, François Bernard Malo, et Linda Rivard, 2000, La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier, *Nouvelles Pratiques Sociales (NPS)*, Vol. 13, N°2, p. 164-180.

MANFREDI Claire M., 1996, A Descriptive Study of Nurse Managers and Leadership, *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 18, N°3, p. 314-329.

MCDANIEL Charlotte et Gail A. Wolf, 1992, Transformational leadership in nursing service. A test of theory, *Journal of nursing administration*, Vol. 22, N°2, p. 60-65.

NORRISH Barbara R. et Thomas G. Rundall, 2001, Hospital restructuring and the work of registered nurses, *The Milbank Quarterly*, Vol. 79, N°1, p. 55-79.

PELLERIN Marc, 1998, Transformation dans les rôles managériaux en contexte de changement organisationnel en milieu hospitalier, *Travail dirigé en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès sciences (M.Sc.)*, École des Hautes Études Commerciales, p. 119.

PILLAR Barbara et David Jarjoura, 1999, Assessing the impact of reengineering on nursing, *The Journal of Nursing Administration*, Vol. 19, N°5, p. 57-64.

PORTER-O'-GRADY Tim, Profound Change : 21ST Century Nursing, *Nursing Outlook*, 2001, Vol. 49, N. 4, p. 182-186.

POTTER Patricia et GRANT Eileen, Understanding RN and Ulincensed Assistive Personnel Working Relationships in Designing Care Delivery Strategies, *Journal of Nursing Administration*, 2004, Volume 34, N. 1, p. 19-25.

QUINN Robert E., 1988, Beyond rational management, Éditeur : Jossey-Bass, San Francisco, Première édition, p. 199.

ROMANOW Roy, 2002, Guidé par nos valeurs : l'avenir de soins de santé au Canada, ressource électronique.

RONDEAU Alain, 1994, La transformation des organisations : ce qui influence la réussite, Cahier de recherche n°01-94, HEC Montréal.

ROY Marie Christine, Katherine Roy et Lyne Bouchard, 1996, *Human factors in business process reengineering*, Document de travail, Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval, 27 p.

SARROS James C. et Joseph C. Santora, 2001, The transformational – transactional leadership model in practice, *Leadership & Organization Development Journal*, Vol. 22, N°8, p. 383-393.

SEAGO Jean Ann, 1999, Evaluation of a hospital work redesign, Patient-Focused Care, *Journal of nursing administration*, Vol. 29, N°11, p. 31-38.

SUTCLIFFE Norma, 1999, Leadership behavior and business process reengineering (BPR) outcomes. An empirical analysis of 30 BPR projects., *Information & Management*, Vol. 36, p. 273-286.

TIRMIZI Syed Aqeel, 2002, The 6-L framework : a model for leadership research and development, *Leadership & Organization Development Journal*, Vol. 23, N°5, p. 269-279.

TOURIGNY Louise et Gérard Ouimet, 1995, Leadership transformational et crédibilité des infirmières-chefs, Cahier de recherche n°95-17, Direction de la recherche, HEC Montréal.

URDEN Linda D. et Stephen Lee Walston, 2001, Outcomes of hospital restructuring and reengineering, how is success or failure being measured, *Journal of nursing administration*, Vol. 31, N°4, p. 203-209.

WALSTON Stephen Lee, Lawton Robert Burns et John R. Kimberly, Does reengineering really work ? An examination of the context and outcomes of hospital reengineering initiatives, *Health Services Reaserch*, Vol. 34, N°6, p.1363-1388.

WARD Kelly, 2002, A Vision for Tomorrow : Transformational Nursing Leaders, *Nursing Outlook*, Mai/Juin, Vol. 50, N°3, p. 121-126.

WOODWARD Christel A., Harry S. Shannon, et al., 1999, The impact of re-engineering and other cost reduction strategies on the staff of a large teaching hospital, *Medical Care*, Vol. 37, N°6, p. 556-569.

ZALEZNIK Abraham, 1998, Managers and leaders. Are they different ?, *Harvard Business Review on leadership*, p. 61-87.

YIN Robert K., 1984, Case study research. Design and methods, Applied Social Research Methods Series, Vol. 5, Sage Publications, p. 159.

REVUE DE PRESSE

APRIL Pierre, 21 février 2002, Pénurie d'infirmières. Legault propose de réorganiser le travail, *Le Soleil*, A-7.

BOIVIN Mathieu, 21 mars 2002, Les infirmières impatientes de voir leur rôle étendu, *Le Soleil*, A-8.

HÉTU Richard, New York, 22 janvier 2002, Infirmière : profession mal-aimée. Entre marketing et réalité, *La Presse*.

PRESSE CANADIENNE, 16 janvier 2002, Les infirmières se penchent sur des solutions pour améliorer le travail, *La Presse*.

GAGNON Katia, 21 janvier 2002, Adieu mon royaume, *La Presse*.

GAUTHIER Jean-Michel, 21 février 2002, Pénuries d'infirmières : d'abord un problème organisationnel, selon le ministre Legault, *Le Journal de Montréal*, p. 11.

LÉVESQUE Lia, 6 mars 2001, Priorité aux infirmières, *La Presse*.

PARÉ Isabelle, 25 février 2002, McGill a trouvé une solution à la pénurie d'infirmières, *Le Devoir*, A-3.

ROBITAILLE Louis-Bernard, Paris, 21 janvier 2002, Profession dévalorisée, infirmières épuisées, *La Presse*.

SIROIS Alexandre, 6 mars 2001, Pauline Marois s'attaque à la pénurie d'infirmières, *La Presse*.

SIROIS Alexandre, 19 janvier 2002, Les années noires des infirmières, *La Presse*.

SIROIS Alexandre, 29 janvier 2002, Les infirmières à bout de souffle, *La Presse*.

THE GAZETTE, Montréal, 21 mars 2002, A-6, Expand the role of nurses order says. Call for Quebec to table a bill that would finally recognize new health-care responsibilities.

ANNEXE 1

Questionnaire pour le leadership – version pour l'infirmière-chef (celui pour les infirmières et préposés étant identique mais conjugué à la troisième personne du singulier).

Cet outil de mesure vise à connaître les rôles managériaux du personnel d'encadrement. Pour chacun des énoncés, indiquez à quelle fréquence vous exercez les comportements décrits, dans le cadre de vos activités d'encadrement. Pour assurer la validité de l'exercice, nous vous demandons de répondre à toutes les questions.

- 1= presque jamais
 2 = très rarement
 3= rarement
 4= occasionnellement
 5= fréquemment
 6= très fréquemment
 7= presque toujours

Dans mon travail,	1	2	3	4	5	6	7
1. ... je développe des idées originales et novatrices.							
2. ... je m'assure de la continuité des activités quotidiennes.							
3. ... j'exerce une influence auprès de la direction.							
4. ... j'examine attentivement les rapports détaillés.							
5. ... je m'assure que mon service reste axé sur les résultats.							
6. ... je facilite l'établissement de consensus au sein de mon service.							
7. ... je clarifie les zones de responsabilité des membres de mon équipe.							
8. ... je suis à l'écoute des employés lorsqu'ils parlent de leurs problèmes personnels.							
9. ... je fais en sorte que le travail soit interrompu le moins possible.							
10. ... j'expérimente de nouveaux concepts et de nouvelles manières de faire.							

Dans mon travail,		1	2	3	4	5	6	7
11. ... j'encourage la participation des employés aux décisions de l'unité.								
12. ... je m'assure que chacun connaît bien l'orientation de l'unité.								
13. ... j'influence les décisions prises à des niveaux supérieurs.								
14. ... j'examine dossiers, rapports et autres sources d'informations afin d'y déceler des anomalies.								
15. ... je vois à ce que l'unité atteigne les objectifs visés.								
16. ... je démontre de l'empathie et de l'intérêt dans mes relations avec les employés.								
17. ... j'utilise de l'information de nature technique dans mon travail.								
18. ... je développe des contacts avec la direction.								
19. ... j'établis des objectifs clairs pour mon unité de travail.								
20. ... je traite chacun de manière humaine (sensible).								
21. ... je me tiens au courant de ce qui se passe dans mon service.								
22. ... je cherche à résoudre les problèmes de façon intelligente et créatrice.								
23. ... je prends les moyens pour que mon unité atteigne ses objectifs.								
24. ... j'encourage les membres de mon équipe à partager leurs idées au sein du groupe.								
25. ... je recherche les innovations et les améliorations.								
26. ... je clarifie l'orientation et les priorités de mon unité.								
27. ... je réussis à persuader la direction d'opter pour de nouvelles idées.								
28. ... je crée un sentiment de cohérence dans mon unité.								

Dans mon travail,	1	2	3	4	5	6	7
29. ... je suis sensible aux besoins de mes employés.							
30. ... je mets l'accent sur les réalisations de l'unité par rapport aux objectifs établis.							
31. ... je développe un esprit d'équipe au sein de mon service.							
32. ... j'analyse les documents de planification et les échéanciers.							

ANNEXE 2

Questionnaires utilisés pour les entrevues.

Questions d'entrevues

Infirmière-chef

QUESTIONS PERSONNELLES

Pour me permettre de mieux connaître votre situation, je vais commencer par quelques questions sur vous et votre cheminement de carrière.

- Quel a été votre cheminement de carrière jusqu'ici ? (expériences de travail, scolarité)
- Depuis combien de temps travaillez-vous à ce centre hospitalier ?
- Quelle est votre expérience dans ce poste ? (avez-vous occupé un poste similaire ailleurs auparavant ?)
- Quels sont vos objectifs professionnels ?
- Par rapport à la gestion de votre temps, avez-vous en dehors du travail des contraintes familiales (enfants ou autres personnes à charge) ?

SECTION SUR LE CHANGEMENT

Je vais maintenant vous poser quelques questions générales sur l'ajout de PAB, ainsi que sur votre rôle dans ce changement.

1. L'annonce du changement

- Quel était l'objectif principal de ce projet ?
 - Comment la décision de faire un ajout a été prise, est-ce que vous aviez le choix de recevoir ce changement ou non sur votre unité ?
 - Est-ce que vous souhaitiez ce changement, et pourquoi ? (ex : vous avez entendu dire que ça c'est passé ailleurs et comment ça a fonctionné ?)
- Est-ce que vous aviez des objectifs de productivité à atteindre pour l'unité, si oui quels étaient-ils ?
 - Dans quelle mesure ont-ils été atteints ?

- Ici sur l'unité comment est-ce que le projet s'est concrétisé ? Combien de PAB ont été ajoutés ? À quel moment ?
- Comment est-ce que l'annonce de ce changement a été faite aux employés ? (une rencontre, une remise d'un document)
 - Comment est-ce qu'on a expliqué (ou clarifié) aux employés leurs nouvelles responsabilités, ainsi que les objectifs de ce changement ?
- Comment les employés de votre unité ont-ils réagi face à l'annonce de ce changement ? (Ont-ils bien accueillis le changement ?)
 - Quelle a été la réaction des infirmières ?
 - Quelle a été la réaction des PAB ?
- Est-ce qu'il y a eu une différence de réaction selon les personnes ?
 - Par exemple d'une infirmière à l'autre (ou d'un PAB à l'autre), selon l'expérience ou le contexte ?
 - De quoi est-ce que cette différence dépend ?

2. L'instauration du changement

- Au moment où les nouveaux préposés sont arrivés sur l'unité comment ça c'est passé ? Quelle a été la collaboration entre les infirmières et les PAB ?
 - Avez-vous été amené à intervenir dans l'équipe de travail pour assurer l'ordre interne? Par exemple de rappeler les responsabilités de chacun ?
- Est-ce que les employés se sont impliqués dans le projet en venant vous donner des suggestions sur la façon dont les choses pourraient se faire ? Pouvez-vous me donner des exemples ?
 - Comment participent-ils aux prises de décisions ?
- Est-ce qu'il y a des améliorations qui ont dû être apportées pour que le changement soit efficace ?
 - Avez-vous été impliqué dans la création de ces modes d'amélioration ?
- Est-ce qu'il y a de la formation qui a été donnée aux infirmières et aux PAB pour qu'ils puissent s'adapter à leurs nouveaux rôles ?
 - Est-ce que cette formation a été suffisante ? (Elle a eu un impact positif, aidant les employés à s'adapter à leurs nouveaux rôles ?)

- Au courant de l'instauration du projet, est-ce que vous avez été amené à travailler avec les différentes directions, par exemple pour leur dire que si on faisait certaines choses autrement on pourrait encore plus améliorer certaines situations ?
 - Est-ce qu'ils vous ont donné un soutien suffisant ? (ex : rapidité des solutions offertes)

3. L'évaluation du changement

- Comment est-ce que le suivi ou l'évaluation (formelle ou informelle) de l'intégration des PAB a été fait ?
 - Par qui a-t-il été fait ? De façon régulière, dès le début ?
 - Si ce n'est pas vous qui avez fait le suivi, avez-vous pris connaissance des résultats ?
- Avez-vous comparé les résultats de cette unité à ceux des autres unités qui ont connu le même changement ?
 - Est-ce similaire ?
 - S'il y a des différences, à quoi peut-on les accorder selon vous ?

On arrive à la fin de la section sur le changement, est-ce qu'il y a quelque chose d'important dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez rajouter ?

SECTION SUR L'EFFICACITÉ DES SOINS

Je vais maintenant vous poser des questions qui visent à évaluer quel impact a eu ce changement sur l'efficacité des soins.

- Comment les PAB aident-ils les infirmières dans leur travail, au point de vue de la dispensation des soins, quel soutien leur donnent-ils ?
 - Quelles sont les principales responsabilités des PAB dans l'unité ?
 - Quel est leur rôle par rapport aux patients ? Est-ce qu'ils jouent un rôle de premier répondant ? Ils identifient et rapportent à l'infirmière tout changement de l'état de santé des patients ?
 - Ils leur procurent les soins de base ? Aident lors de certains traitements ? (installation de solutés, sondes...) Préparent le matériel servant aux soins ?
 - Est-ce eux qui accueillent les patients, les admissions et les retours de salle d'opération ?
 - Est-ce eux qui sont en charge de maintenir l'environnement propre, de ranger et nettoyer l'équipement ?

- Est-ce qu'ils font bien leurs tâches ? Est-ce que leur formation est suffisante ?
- Est-ce qu'il y a beaucoup de tâches qui étaient faites par les infirmières auparavant et qui devaient à l'origine du projet être transférées aux PAB ?
 - Parmi ces tâches quelles sont celles qui ont réellement été transférées aux PAB ?
 - Est-ce cela a libéré les infirmières de certaines tâches ? Ça représente combien de temps ? Que font-elles de ce temps qu'elles ont récupéré ?
 - Est-ce qu'il y a eu une clarification des responsabilités ?
- Est-ce que certains employés étaient mal à l'aise avec ce transfert de tâches ? Par exemple : les infirmières qui traitent de haut les PAB et les PAB qui ne se sentent pas à leur place ?
 - Comment ces problèmes ont été résolus ?
- En général qu'est-ce qui différencie un "bon" PAB d'un plus moyen ?
 - Est-ce certains comportements et attitudes qui favorisent le travail d'équipe ?
 - Est-ce le fait de comprendre et de maîtriser ses rôles et responsabilités ?
- Est-ce que le nombre de patients par infirmière a augmenté depuis l'ajout de préposés aux bénéficiaires ? Pourquoi ?
 - Est-ce que les infirmières seraient en mesure d'assumer la responsabilité clinique d'un plus grand nombre de patients, pourquoi ?
- En général est-ce que les inf et les PAB sont satisfaits du projet et pourquoi ?
- On arrive à la fin de la section sur l'efficacité des soins, est-ce qu'il y a quelque chose d'important dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez rajouter ?

SECTION SUR LA REQUALIFICATION

- Est-ce que le niveau de responsabilité, le nombre d'actes délégués a augmenté depuis l'ajout de PAB ?
- Depuis l'ajout de PAB quelles sont les techniques que les infirmières ont pu approfondir ou appliquer de façon plus poussée ? Par exemple :
 - L'évaluation du patient, la prise de notes et la mise à jour du plan de soins, pour pouvoir donner un portrait global du patient ?
 - Travailler avec les autres membres de l'équipe de soins interdisciplinaire ? Assurer le suivi et la coordination avec la consultation avec un autre professionnel ?
 - Planifier les congés ?
- On pense que l'ajout de PAB a eu un impact sur l'enseignement que les infirmières font auprès du patient/famille ? L'implication de l'infirmière dans l'enseignement est-il différent ? Par exemple elle peut davantage :
 - Vérifier l'efficacité de son enseignement, apporter les corrections nécessaires et convenir avec la famille du moment où ils prendront en charge les soins.
 - Planifier au besoin les modalités de suivi face à l'enseignement.
 - Aider le patient et sa famille à faire des choix.
 - Soutenir la famille dans ses démarches pour comprendre et s'adapter à la situation qu'elle vit.
- Quel est le rôle de l'infirmière par rapport aux PAB ?
 - Est-ce qu'on peut parler d'un rôle de coordination ? Pourquoi ?
 - Est-ce qu'elles doivent donner des directives et des explications aux PAB ? Si oui, est-ce de façon régulière ou à l'occasion ?
 - Est-ce qu'il y a des zones grises ? Qui doit clarifier les responsabilités ? Est-ce que vous recevez des suggestions des employés en ce sens ?
- Est-ce que les infirmières ont suivi un plus grand nombre de formations depuis l'ajout de PAB ? (plus long, plus fréquent, plus poussé)
 - Est-ce suffisant, bien adapté ?
- Est-ce que vous voyez d'autres mesures qui pourraient être prises pour augmenter la requalification des inf. ?
- On arrive à la fin de la section sur la requalification, est-ce qu'il y a quelque chose d'important dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez rajouter ?

FIN DE L'ENTREVUE

- Tout compte fait êtes-vous satisfait du changement ?
- Si c'était à refaire qu'est-ce que vous auriez aimé qui soit fait différemment ? Ou qu'est-ce que vous auriez fait différemment ?
- Est-ce qu'il y a quelque chose dont on a pas parlé et que vous aimeriez ajouter ?

Merci !

Questions d'entrevues

Infirmière

QUESTIONS PERSONNELLES

Pour me permettre de mieux connaître votre situation je vais commencer par quelques questions sur vous et votre cheminement de carrière.

- Quel a été votre cheminement de carrière jusqu'ici ? (expériences de travail, scolarité)
- Depuis combien de temps travaillez-vous à ce centre hospitalier ?
- Quelle est votre expérience dans ce poste ? (avez-vous occupé un poste similaire ailleurs auparavant ?)
- Quels sont vos objectifs professionnels ?
- Par rapport à la gestion de votre temps, avez-vous en dehors du travail des contraintes familiales (enfants ou autres personnes à charge) ?

SECTION SUR LE CHANGEMENT

Je vais maintenant vous poser quelques questions générales sur l'ajout de PAB, ainsi que sur le rôle de l'infirmière-chef dans ce changement.

1. L'annonce du changement

- Quel était l'objectif de ce projet ? Qu'est-ce qui était visé ?
 - Est-ce que vous souhaitiez ce changement, et pourquoi ? (ex : vous avez entendu dire que ça c'est passé ailleurs et comment ça a fonctionné ?)
 - Avez-vous été consulté avant que ce changement ait lieu ?
- Comment est-ce que l'annonce de ce changement vous a été faite ?
 - Par qui avez-vous appris les objectifs, les nouvelles responsabilités, etc. ?
 - Est-ce que les responsabilités de chacun étaient claires ?
- Quelle a alors été votre première impression ?

- Comment les autres employés de votre unité ont-ils réagi face à l'annonce de ce changement ?
 - Quelle a été la réaction des infirmières ?
 - Quelle a été la réaction des PAB ?
- Est-ce qu'il y a eu une différence de réaction selon les personnes ? Par exemple d'une infirmière à l'autre (ou d'un PAB à l'autre), selon l'expérience ou le contexte ? De quoi est-ce que cette différence dépend ?
- Est-ce que les employés vont souvent se confier à l'infirmière-chef s'ils ont des problèmes ? Est-elle à l'écoute ?

2. L'instauration du changement

- Lorsque le changement a été effectif comment ça c'est passé ? Quelle a été la collaboration infirmière-PAB ?
 - Est-ce que l'infirmière-chef a dû intervenir dans l'équipe de travail pour assurer l'ordre interne ? Pourquoi ?
- Selon vous comment pourrait-on qualifier l'esprit d'équipe dans l'unité ?
 - Est-ce que vous avez l'occasion de partager vos idées et de participer aux prises de décision ?
- Quels sont les objectifs de productivité qui vous ont été fixés ?
- Est-ce qu'il y a des améliorations qui ont dû être portées depuis l'instauration du changement ?
 - Comment est-ce que l'infirmière-chef a fait partie de la création de ces moyens d'amélioration ?
- Est-ce que vous avez reçu de la formation pour vous aider à vous adapter à vos nouveaux rôles ?
 - Est-ce que cette formation a été suffisante ? A-t-elle aidé à avoir de meilleures relations entre collègues ?

3. L'évaluation du changement

- Est-ce que l'infirmière-chef a fait un suivi régulier de ce changement pour vérifier que les PAB ont bien été intégrés ?
 - Est-ce qu'une évaluation des résultats de ce changement a été faite ?
- Est-ce que les autres unités qui ont connu un même changement ont eu environ les mêmes résultats ?
 - S'il y a des différences, à quoi peut-on les accorder selon vous ?

- On arrive à la fin de la section sur le changement, est-ce qu'il y a d'autres choses importantes dont on a pas parlé et que vous aimeriez ajouter ?

SECTION SUR L'EFFICACITÉ DES SOINS

Je vais maintenant vous poser des questions qui visent à évaluer quel impact a eu ce changement sur l'efficacité des soins.

- Comment les PAB vous aident-ils dans votre travail, au point de vue de la dispensation des soins, quel soutien vous donnent-ils ?
 - Quelles sont les principales responsabilités des PAB dans l'unité ?
 - Quel est leur rôle par rapport aux patients ? Est-ce qu'ils jouent un rôle de premier répondant ? Ils identifient et rapportent à l'infirmière tout changement de l'état de santé des patients ?
 - Ils leur procurent les soins de base ? Aident lors de certains traitements ? (installation de solutés, sondes...) Préparent le matériel servant aux soins ?
 - Est-ce eux qui accueillent les patients, les admissions et les retours de salle d'opération ?
 - Est-ce eux qui sont en charge de maintenir l'environnement propre, de ranger et nettoyer l'équipement ?
 - Est-ce qu'ils font bien leurs tâches ?
 - Est-ce que vous croyez qu'ils ont les bonnes compétences pour faire leurs tâches ? (formation suffisante)
- Est-ce qu'il y a beaucoup de tâches qui étaient faites par vous les infirmières auparavant et qui devaient à l'origine du projet être transférées aux PAB ?
 - Parmi ces tâches quelles sont celles qui ont réellement été transférées aux PAB ?
 - Est-ce cela a libéré les infirmières de certaines tâches ? Ce qui représente combien de temps ? Que font-elles de ce temps qu'elles ont récupéré ?
- En général qu'est-ce qui différencie un "bon" PAB d'un plus moyen ?
 - Est-ce certains comportements et attitudes qui favorisent le travail d'équipe ?
 - Est-ce le fait de comprendre et de maîtriser ses rôles et responsabilités ?
- Est-ce que le nombre de patients par infirmières a augmenté depuis l'ajout de préposés aux bénéficiaires ? Pourquoi ?

- Est-ce que les infirmières seraient en mesure d'assumer la responsabilité clinique d'un plus grand nombre de patient, pourquoi ?
- On arrive à la fin de la section sur l'efficacité des soins, est-ce qu'il y a d'autres choses importantes dont on a pas parlé et que vous aimeriez ajouter ?

SECTION SUR LA REQUALIFICATION

- Est-ce que le niveau de responsabilité, le nombre d'actes délégués a augmenté depuis l'ajout de PAB ?
- Depuis l'ajout de PAB quelles sont les techniques que vous avez pu approfondir ou appliquer de façon plus poussée ? Par exemple :
 - L'évaluation du patient, la prise de notes et la mise à jour du plan de soins, pour pouvoir donner un portrait global du patient ?
 - Travailler avec les autres membres de l'équipe de soins interdisciplinaire ? Assurer le suivi et la coordination avec la consultation avec un autre professionnel ?
 - Planifier les congés ?
- On pense que l'ajout de PAB a eu un impact sur l'enseignement que les infirmières font auprès du patient/famille ? L'implication de l'infirmière dans l'enseignement est-il différent ? Par exemple elle peut davantage :
 - Vérifier l'efficacité de son enseignement, apporter les corrections nécessaires et convenir avec la famille du moment où ils prendront en charge les soins.
 - Planifier au besoin les modalités de suivi face à l'enseignement.
 - Aider le patient et sa famille à faire des choix.
 - Soutenir la famille dans ses démarches pour comprendre et s'adapter à la situation qu'elle vit.
- Quel est le rôle de l'infirmière par rapport aux PAB ?
 - Est-ce qu'on peut parler d'un rôle de coordination ? Pourquoi ?
 - Est-ce vous devez donner des directives et des explications aux PAB ? Si oui, est-ce de façon régulière ou à l'occasion ?
- Est-ce que les infirmières ont suivi un plus grand nombre de formations depuis l'ajout de PAB ? (plus long, plus fréquent, plus poussé)
 - Est-ce suffisant, bien adapté ?
- On arrive à la fin de la section sur la requalification, est-ce qu'il y a d'autres choses importantes dont on a pas parlé et que vous aimeriez ajouter ?

SECTION SUR LA SATISFACTION AU TRAVAIL

- Quel impact a eu l'ajout de préposés aux bénéficiaires dans votre relation infirmière-patient ?
 - Comment est-ce que l'ajout de préposés influence le temps que vous passez avec un patient ?
 - La qualité du temps passé avec le patient est-elle modifiée, et pourquoi ?
 - Dans quelle mesure est-ce que le préposé interfère dans la relation que vous avez avec le patient ?
 - Comment vivez-vous ce changement ?
- Quel impact a eu l'ajout de préposés aux bénéficiaires sur votre horaire de travail ?
 - Est-ce qu'il vous a permis de partir à l'heure plus souvent ? Pourquoi ?
 - Est-ce que vous avez moins de temps supplémentaire imprévu ? Pourquoi ?
 - Le respect des temps de pause et de dîner a-t-il été modifié ? Pourquoi ?
- On arrive à la fin de la section sur la satisfaction, est-ce qu'il y a d'autres choses importantes dont on a pas parlé et que vous aimeriez ajouter ?

FIN DE L'ENTREVUE

- Tout compte fait êtes-vous satisfait du changement ?
- Si c'était à refaire qu'est-ce que vous auriez aimé qui soit fait différemment ? ou qu'est-ce que vous auriez fait différemment ?
- Est-ce qu'il y a quelque chose dont on a pas parlé et que vous aimeriez ajouter ?

Merci !

Questions d'entrevues

Préposés aux bénéficiaires

QUESTIONS PERSONNELLES

Pour me permettre de mieux connaître votre situation je vais commencer par quelques questions sur vous et votre cheminement de carrière.

- Quel a été votre cheminement de carrière jusqu'ici ? (expériences de travail, scolarité)
- Depuis combien de temps travaillez-vous à ce centre hospitalier ?
- Quelle est votre expérience dans ce poste ? (avez-vous occupé un poste similaire ailleurs auparavant ?)
- Quels sont vos objectifs professionnels ?
- Par rapport à la gestion de votre temps, avez-vous en dehors du travail des contraintes familiales (enfants ou autres personnes à charge) ?

SECTION SUR LE CHANGEMENT

Je vais maintenant vous poser quelques questions générales sur l'ajout de PAB, ainsi que sur le rôle de l'infirmière-chef dans ce changement.

4. L'annonce du changement

- Quel était l'objectif de ce projet ? Qu'est-ce qui était visé ?
 - Est-ce que vous souhaitiez ce changement, et pourquoi ? (ex : vous avez entendu dire que ça c'est passé ailleurs et comment ça a fonctionné ?)
 - Avez-vous été consulté avant que ce changement ait lieu ?
- Comment est-ce que l'annonce de ce changement vous a été faite ?
 - Par qui avez-vous appris les objectifs, les nouvelles responsabilités, etc. ?
 - Est-ce que les responsabilités de chacun étaient claires ?
- Quelle a alors été votre première impression ?

- Comment les autres employés de votre unité ont-ils réagi face à l'annonce de ce changement ?
 - Quelle a été la réaction des infirmières ?
 - Quelle a été la réaction des PAB ?
- Est-ce qu'il y a eu une différence de réaction selon les personnes ? Par exemple d'une infirmière à l'autre (ou d'un PAB à l'autre), selon l'expérience ou le contexte ? De quoi est-ce que cette différence dépend ?
- Est-ce que les employés vont souvent se confier à l'infirmière-chef s'ils ont des problèmes ? Est-elle à l'écoute ?

5. L'instauration du changement

- Lorsque le changement a été effectif comment ça c'est passé ? Quelle a été la collaboration infirmière-PAB ?
 - Est-ce que l'infirmière-chef a dû intervenir dans l'équipe de travail pour assurer l'ordre interne ? Pourquoi ?
- Selon vous comment pourrait-on qualifier l'esprit d'équipe dans l'unité ?
 - Est-ce que vous avez l'occasion de partager vos idées et de participer aux prises de décision ?
- Quels sont les objectifs de productivité qui vous ont été fixés ?
 - Est-ce qu'il y a des améliorations qui ont dû être portées depuis l'instauration du changement ?
 - Comment est-ce que l'infirmière-chef a fait partie de la création de ces moyens d'amélioration ?
- Est-ce que vous avez reçu de la formation pour vous aider à vous adapter à vos nouveaux rôles ?
 - Est-ce que cette formation a été suffisante ? A-t-elle aidé à avoir de meilleures relations entre collègues ?

6. L'évaluation du changement

- Est-ce que l'infirmière-chef a fait un suivi régulier de ce changement pour vérifier que les PAB ont bien été intégrés ?
 - Est-ce qu'une évaluation des résultats de ce changement a été faite ?
- Est-ce que les autres unités qui ont connu un même changement ont eu environ les mêmes résultats ?
 - S'il y a des différences, à quoi peut-on les accorder selon vous ?

- On arrive à la fin de la section sur le changement, est-ce qu'il y a d'autres choses importantes dont on a pas parlé et que vous aimeriez ajouter ?

SECTION SUR L'EFFICACITÉ DES SOINS

Je vais maintenant vous poser des questions qui visent à évaluer quel impact a eu ce changement sur l'efficacité des soins.

- Comment aidez-vous les infirmières dans leur travail, au point de vue de la dispensation des soins, quel soutien leur donnez-vous ?
 - Quelles sont les principales responsabilités des PAB dans l'unité ?
 - Quel est votre rôle par rapport aux patients ? Est-ce vous jouez un rôle de premier répondant ? Vous identifiez et rapportez à l'infirmière tout changement de l'état de santé des patients ?
 - Vous leur procurez les soins de base ? Aidez les infirmières lors de certains traitements ? (installation de solutés, sondes...) Préparez le matériel servant aux soins ?
 - Est-ce vous qui accueillez les patients, les admissions et les retours de salle d'opération ?
 - Est-ce vous qui êtes en charge de maintenir l'environnement propre, de ranger et nettoyer l'équipement ?
 - Est-ce que vous sentez avoir les compétences pour faire les tâches qui vous sont confiées ? (formation est une base suffisante)
- Est-ce qu'il y a beaucoup de tâches qui étaient faites par les infirmières auparavant et qui devaient à l'origine du projet être transférées aux PAB ?
 - Parmi ces tâches quelles sont celles qui ont réellement été transférées aux PAB ?
 - Est-ce cela a libéré les infirmières de certaines tâches ? Ce qui représente combien de temps ? Que font-elles de ce temps qu'elles ont récupéré ?
- En général qu'est-ce qui différencie un "bon" PAB d'un plus moyen ?
 - Est-ce certains comportements et attitudes qui favorisent le travail d'équipe ?
 - Est-ce le fait de comprendre et de maîtriser ses rôles et responsabilités ?
- Quel est le rôle de l'infirmière par rapport à vous ? Est-ce qu'elle vous donne des explications et directives ? De façon régulière ou occasionnelle ?

- Est-ce que le nombre de patients par infirmières a augmenté depuis l'ajout de préposés aux bénéficiaires ? Pourquoi ?
 - Est-ce que les infirmières seraient en mesure d'assumer la responsabilité clinique d'un plus grand nombre de patient, pourquoi ?
- On arrive à la fin de la section sur l'efficacité des soins, est-ce qu'il y a autre chose d'important dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez ajouter ?

SECTION SUR LA SATISFACTION AU TRAVAIL

- Quelle place sentez-vous que vous avez dans la relation infirmière-patient ?
 - Combien de temps passez-vous auprès des patients ?
 - La qualité du temps passé avec le patient est-elle modifiée, et pourquoi ?
- Quel impact a eu l'ajout de PAB sur votre horaire de travail ?
 - Est-ce que vous pouvez partir à l'heure plus souvent, pourquoi ?
 - Est-ce que vous avez moins de temps supplémentaire imprévu ? Pourquoi ?
 - Le respect des temps de pause et de dîner a-t-il été modifié ? Pourquoi ?
- On arrive à la fin de la section sur la satisfaction, est-ce qu'il y a autre chose d'important dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez ajouter ?

FIN DE L'ENTREVUE

- Tout compte fait êtes-vous satisfait du changement ?
- Si c'était à refaire qu'est-ce que vous auriez aimé qui soit fait différemment ? ou qu'est-ce que vous auriez fait différemment ?
- Est-ce qu'il y a quelque chose dont on a pas parlé et que vous aimeriez ajouter ?

Merci !

